# ANNALES

DE

# DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE



# ANNALES

DE

# DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

---

## DEUXIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM. ERNEST BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
P. DIDAY, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille de Lyon.
A. DOYON, médecin inspecteur des eaux d'Uriage.
A. FOURNIER, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
GAILLETON, professeur à la Faculté de médecine de Lyon
P. HORTELOUP, chirurgien de l'hôpital du Midi.
ROLLET, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
TRASBOT, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort

---




TOME I. — 1880.

---

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1880




# ANNALES

DE

# DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

DEUXIÈME SÉRIE


---

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### I. — MÉMOIRES.

I.

## DES ÉRUPTIONS ET DES LÉSIONS ARSENICALES PROFESSIONNELLES DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES NASALE ET OCULAIRE


par M. **J. ROLLET**,

ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.


L'histoire des éruptions arsenicales professionnelles peut être divisée en trois périodes assez nettement tranchées. La première est celle où l'on décrivit ces éruptions chez les ouvriers occupés au traitement des minerais arsénifères, principalement dans les mines et les usines métallurgiques du Hartz et du comté de Cor-

nouailles; à cette période se rattachent les travaux de Henckel et de Scheffler, qui remontent au siècle dernier, et d'autres plus récents dus à Wagner, Langendorff, Broekmann, Pappenheim, Paris.

La seconde période est celle où l'on reconnut des accidents de même nature, mais plus fréquents, et plus exclusivement déterminés du côté de la peau, chez les individus qui travaillent à la préparation du vert arsenical, et chez ceux qui manipulent cette matière colorante dans les fabriques de fleurs et de feuillages artificiels et dans les ateliers de papiers peints. Blandet appela le premier l'attention, en 1845, sur les éruptions arsenicales des ouvriers en papiers peints. Puis vinrent les travaux plus complets de Chevallier, de Follin, de Vernois, de Beaugrand, de Pietra-Santa, d'Hillairet, de Delpech.

La troisième période est contemporaine de la découverte lyonnaise de la fuchsine et des nombreuses applications de ce produit à la teinture. C'est un interne des hôpitaux de Lyon, M. Charvet, qui fit connaître le premier, en 1863, les éruptions cutanées et les autres accidents des ouvriers employés à la fabrication de la fuchsine et qui les attribua, avec raison, à l'arsenic mis en usage dans cette fabrication. A cette époque, je visitai plusieurs fois l'usine de Pierre-Bénite; on n'était pas encore fixé sur la nature de ces éruptions, et M. Girard, qui dirigeait alors cet important établissement, soumit à mon examen un certain nombre d'ouvriers qui en étaient affectés.

Dans ces diverses circonstances, le personnel des usines n'est pas seul exposé aux dangers de l'intoxication arsenicale, le voisinage subit aussi l'influence de l'insalubrité de l'industrie. Pourtant on a remarqué que les vapeurs et les poussières arsenicales qui sont dégagées par les hautes cheminées des usines ne s'étendent pas au loin. En Angleterre, Paris a signalé l'état de maladie des chevaux et des bestiaux dans le voisinage d'une usine où l'on opérait le grillage des pyrites de cuivre arsenicales. Les vaches même, suivant lui, y perdaient leur lait. Mais, en général, les vapeurs arsénicales se condensent à l'intérieur des usines, ou à l'extérieur dans un périmètre peu étendu. Elles sont très lourdes, elles se solidifient promptement et il est facile, en les obligeant à circuler le long de canaux méthodiquement disposés, de les retenir

dans des galeries d'où l'on peut ensuite aisément les retirer.

Ce qui rend les usines dangereuses pour le voisinage, c'est moins la souillure du sol par les dégagements gazéiformes et les poussières des cheminées, que l'accumulation des minerais arsénifères autour de l'établissement, ainsi que les résidus solides et liquides de la fabrication. Les eaux de pluie et les neiges qui tombent sur ces matières se chargent, en les traversant, des composés arsenicaux qu'elles contiennent. Elles vont ensuite empoisonner les courants d'eau du voisinage, ou bien la nappe souterraine, et consécutivement les puits alimentaires en communication avec celle-ci. Des accidents très graves peuvent survenir chez les individus qui font usage de ces eaux, et il existe de nombreux exemples d'empoisonnements produits de cette manière, soit autour de l'usine de Pierre-Bénite, à Lyon, soit près d'autres fabriques de même nature à Bâle et à Nancy; à Pierre Bénite, l'analyse des eaux de puits et divers sondages firent reconnaître que la nappe souterraine était empoisonnée à une distance de l'usine de plus de 200 mètres.

Ainsi donc, si l'intoxication arsenicale peut se produire assez loin en dehors des usines, il n'en est pas de même des éruptions cutanées qui résultent de l'action directe des vapeurs ou des poussières et qui, pour cette raison, n'affectent guère que les ouvriers occupés aux travaux de la fabrication.

Dans les usines métallurgiques, les opérations vraiment malsaines sont celles qui consistent à retirer la poudre arsenicale de la *traînée*, ou galerie horizontale, où on la fait déposer. La galerie, dans une usine de Swansea, visitée par M. de Freycinet, avait soixante mètres de long, et elle était percée, de deux mètres en deux mètres, d'orifices munis de portes en tôle hermétiquement lutées pendant le grillage du minerai. C'est par ces portes que les ouvriers retirent l'arsenic à la pelle, quand l'opération du grillage est terminée ; l'arsenic recueilli est sous forme de farine blanche. On le livre au commerce soit en fleur, soit à l'état vitreux ; dans le premier cas on lui fait subir une sublimation dans des fours spéciaux, et, dans le second cas, une demi-fusion. Les ouvriers qui retirent l'arsenic des fours et qui le mettent en barils ne sont pas moins exposés aux poussières que dans la pré-

cédente opération; ils travaillent en plein air, leur mouchoir noué sur le nez et sur la bouche.

Dans les mines du Hartz, on a remarqué que des accidents avaient lieu quelquefois dans le broyage du minerai, surtout quand l'opération se fait à sec et à la main. Le grillage est encore plus dangereux et les ouvriers doivent prendre des précautions analogues à celles qui sont usitées à Swansea. Dans les usines où ces précautions sont négligées, on voit survenir non seulement des éruptions cutanées, mais des troubles variés des fonctions digestives et respiratoires. On a même noté des paralysies, des spasmes musculaires et d'autres symptômes d'intoxication chronique très grave. Les affections les plus prononcées se montrent du côté de la membrane muqueuse du nez, sous une forme que nous ferons connaître plus loin.

La fabrication du vert de Schweinfurt consiste dans le mélange de dissolutions bouillantes d'acétate de cuivre et d'acide arsénieux. Dans ces fabriques la chaleur et les vapeurs peuvent beaucoup incommoder les ouvriers si l'aération n'est pas suffisante; non seulement les organes respiratoires sont parfois atteints, mais les mains des ouvriers, qui se trouvent en contact avec la matière toxique, principalement quand il s'agit de remuer le mélange avec la spatule.

Le produit fabriqué est une source d'accidents beaucoup plus nombreux chez les personnes qui font les fleurs artificielles et chez les ouvriers en papiers peints. Enfin les étoffes et les papiers colorés avec le vert arsenical peuvent donner lieu à des accidents très variés par leur emploi dans l'économie domestique.

Les ouvrières qui travaillent à l'industrie des fleurs artificielles et des feuillages sont non seulement exposées à l'absorption des poussières et au contact des pâtes vénéneuses, mais elles sont, en outre, sujettes, par le fait même de leurs occupations, à de fréquentes piqûres ou écorchures qui facilitent l'inoculation du poison. Le séchage et le battage des étoffes préparées au vert arsenical font plus particulièrement naître ces divers inconvénients. Les toiles, une fois imprégnées de la solution arsenicale, sont mises à sécher sur des cadres en bois garnis de pointes aiguës, auxquelles il est très facile, en les fixant, de se blesser les doigts. Le battage, qui se fait à la main, soulève beaucoup de poussière, et amène

un contact incessant de l'organe avec la matière toxique. Le calandrage, le découpage, le dédoublage, le montage mettent aussi le tégument en contact avec d'abondantes poussières qui se dégagent dans l'atelier. Le trempage des tiges de graminées séchées et munies de leurs graines dans une solution de vert de Schwiefurt, soumet la main de l'ouvrière, sans parler des éclaboussures, à l'action directe de la liqueur arsenicale.

Les ouvriers en papiers peints, sont surtout exposés dans les opérations du fonçage, du tirage, de l'impression et du satinage. Les fonceurs et les tireurs ont les mains toujours imprégnées du composé arsenical ; les satineurs respirent et reçoivent sur les parties découvertes les poussières détachées par l'action de la brosse.

Dans les fabriques de fuchsine, pour transformer l'aniline en rosaniline, on se sert d'un corps oxydant dont le plus usité est l'acide arsénique. L'aniline et l'acide arsénique mélangés sont soumis à une haute température dans un bain d'huile de palme. Ce mélange que les ouvriers nomment *matière brute*, lorsqu'on l'extrait des cornues, est formé d'un arseniate de rosaniline vert foncé qui, s'il est déposé dans l'eau, prend une couleur d'un beau pourpre. Pour débarrasser la matière brute de la grande quantité d'arsenic qu'elle contient on la traite par l'acide chlorhydrique qui déplace l'acide arsénique. On obtient ainsi le chlorhydrate de rosaniline, c'est-à-dire la couleur connue en industrie sous le nom de fuchsine.

A l'usine Pierre-Bénite on n'a pas employé tout d'abord, comme corps oxdyant, l'acide arsénique ; on s'est servi, dans le principe, du peroxyde d'étain et du nitrate de peroxyde de mercure. Les accidents ne se sont montrés qu'à partir du moment où l'on a fait usage de l'acide arsénique. On fabriquait même dans l'usine cet acide en mélangeant l'acide arsénieux avec l'eau régale. Les accidents, et notamment les paralysies, qu'on ne peut rattacher qu'à une véritable intoxication, furent dus sans doute à la respiration des vapeurs arsenicales. Celles-ci se produisent dans deux circonstances principales : soit dans le chargement et le déchargement des cornues où l'on prépare la matière brute, soit dans le traitement de cette matière brute, ou fuchsine arséniée, par l'acide chlorhydrique. Ces vapeurs se dégagent dans l'usine et retombent par le refroi-

dissement sous forme pulvérulente. M. Charvet a analysé la poussière des usines de fuchsine : la proportion d'arsenic qu'elle contenait était de 2 millièmes environ, mais la proportion d'arsenic doit beaucoup varier suivant les endroits où la poussière est recueillie.

Ici encore le produit fabriqué n'est pas exempt d'inconvénients, et, sans parler des vins fuchsinés, des bonbons colorés avec la fuchsine et d'autres emplois de cette matière colorante dans l'économie domestique, il est certain que les étoffes, les fleurs et les feuillages teints de cette façon ont amené des éruptions cutanées. Pourtant la question n'est pas tranchée, car la matière arsenicale est beaucoup moins abondante dans ces tissus que dans ceux qui sont teints par le vert de Schweinfurt ; en outre, la coloration des tissus par la fuchsine est très stable : elle est beaucoup plus solidement adhérente à l'étoffe que le vert arsenical qui s'en détache très facilement.

*Éruptions arsenicales.* — Bazin a établi expérimentalement que les composés arsenicaux, employés en friction, exercent sur la peau une action irritante spéciale ; en vertu de cette irritation il se forme un érythème et à un plus haut degré d'autres lésions plus profondes, des papules, des vésicules et des pustules suivies d'ulcérations.

L'érythème est le premier degré de la dermatite arsenicale ; il existe quelquefois à l'état de lésion simple, principalement dans les régions où la peau est fine, et où les mouvements articulaires déterminent le frottement des surfaces contiguës, la région inguinale, le creux de l'aisselle, le pli du coude, le creux poplité. En général, à l'érythème s'ajoutent d'autres lésions élémentaires de la peau : on voit s'élever sur la surface érythémateuse des papules qui s'élargissent et s'étendent, en se recouvrant de squames minces, d'une teinte verdâtre, ou bien des vésicules fines et transparentes, ou enfin des pustules. Ces pustules forment des saillies coniques, rouges à la base, rapidement purulentes à leur sommet ; elles ne tardent pas à se recouvrir de croûtes d'un jaune verdâtre, opaques, assez minces. L'éruption ne se manifeste pas en général par d'autres lésions, car il est rare que l'ouvrier, averti par les premiers symptômes, n'interrompe pas son travail. S'il le continue, les pustules

deviennent le point de départ d'ulcérations qui vont sans cesse en progressant, soit en étendue, soit en profondeur. Le contact permanent ou répété de la substance arsenicale est la cause de ces ulcérations, qui forment alors le plus important symptôme de la maladie. Le mécanisme de ces ulcérations se voit très bien chez les fleuristes qui mettent sécher les étoffes teintes sur les cadres garnis de pointes aiguës. Les pointes déterminent chez les ouvrières, aux doigts, des piqûres fréquentes, où s'inocule la matière arsenicale. A la suite de cette inoculation la peau s'irrite et rougit; une vésicule, puis une pustule se développent sur la piqûre. L'ulcération ne tarde pas à se produire et à prendre la place des lésions précédentes. Ces lésions, de même nature au fond, se succèdent très rapidement; l'ulcération devient bien vite profonde, douloureuse; elle se recouvre de croûtes, et quelquefois de véritables eschares, et elle est d'autant plus grave et plus longue à se cicatriser que le contact de la piqûre avec la substance corrosive est plus répété et plus prolongé.

Ces ulcérations sont généralement circulaires, taillées à pic, indurées, mais d'une induration qui n'a pas d'élasticité. Le fond grisâtre de ces ulcérations ne sécrète qu'une petite quantité d'un liquide mielleux, qui se dessèche facilement sous forme de croûtes jaunâtres. Sous ces croûtes, souvent colorées en vert, quand l'éruption est due à l'arsénite de cuivre, l'ulcération peut se cicatriser : c'est ainsi qu'on voit guérir beaucoup de ces lésions, surtout les moins profondes.

Les ulcérations arsenicales déterminent quelquefois des élancements douloureux. Comme il n'existe aucune réaction inflammatoire autour des points malades, on ne peut attribuer ces douleurs qu'à l'action persistante de l'agent vénéneux.

Les éruptions arsenicales siègent de préférence sur les parties découvertes, et notamment sur celles qui sont le plus directement accessibles à la cause du mal; il est vrai qu'on les observe fréquemment aussi sur les parties couvertes et protégées par les vêtements; mais là encore, en y regardant de près, on voit que la région était très accessible à l'action locale de l'agent toxique, sinon directement, du moins par quelque voie détournée.

Chez les ouvriers en fleurs et feuillages artificiels et en papiers peints, c'est aux mains qu'on observe le plus communément les

éruptions. On les voit, chez les fleuristes, aux extrémités des doigts et à leur racine, dans les espaces interdigitaux ; on les observe aussi autour des ongles, où elles ont l'apparence d'une sorte de tourniole ; elles affectent également la face palmaire et la face dorsale des mains, ainsi que le poignet, l'avant-bras, le coude.

Les éruptions arsenicales ne sont pas rares à la face, chez les mêmes ouvriers, et, en général, chez tous les individus qui ont cette région plus particulièrement exposée aux poussières ou aux émanations toxiques. Rayer a rapporté une observation d'éruption arsenicale survenue chez un ouvrier deux jours après qu'il eut broyé et pilé une grande quantité d'acide arsénieux. Toute la figure, les points pourvus de barbe, comme les autres, étaient couverts de croûtes d'un jaune vert, les unes isolées, les autres confluentes et au-dessous desquelles la peau était rouge ; entre ces croûtes on distinguait çà et là de petites pustules psydraciées, analogues à celles de l'impétigo ; les yeux étaient larmoyants et légèrement enflammés, d'autres régions étaient aussi le siège d'éruptions pustuleuses.

Il n'est pas rare d'observer des ulcérations arsenicales des ailes du nez, de la sous-cloison, du sillon naso-labial, des lèvres, des paupières, du front. Chez les fleuristes, l'éruption siège fréquemment derrière les oreilles ou bien au front, à la racine des cheveux, le long des bandeaux.

Les éruptions arsenicales sont fréquentes aussi aux pieds et aux jambes.

Dans les usines où l'on condense et où l'on recueille l'acide arsénieux, dans les fabriques de vert de Schweinfurt, dans les ateliers de fleurs et de feuillages artificiels et de papiers peints, et même dans les fabriques de fuchsine, le sol est habituellement recouvert de poussières qui se déposent en différents endroits; ces poussières, dans beaucoup de circonstances, se soulèvent et viennent affecter les extrémités inférieures des ouvriers. La substance toxique pénètre avec facilité à travers les chaussures mal closes, se glisse au-dessous des pantalons, traverse les étoffes dont le tissu n'est pas imperméable.

Aux pieds, les éruptions arsenicales se montrent souvent sur la face dorsale, au niveau des articulations, sur les parties saillantes, ou bien à la face plantaire et sur les bords du pied, et

principalement aux orteils, dans les espaces interdigitaux. Les uleérations arsenieales des pieds sont celles dans lesquelles on a eu le mieux l'oecasion de constater l'induration du tissu uleéré.

Il y a une autre région où les éruptions sont très fréquentes, c'est la région inguino-serotale. On les observe au serotum, au prépuce, à la faec interne des cuisses, dans le pli génito-crural. Elles se montrent sous la forme de larges papules uleérées, avee gonflement œdémateux de la peau des bourses. Ces ulcérations sont, en général, superfieielles, recouvertes d'une coucbe pultacée, et Follin, qui était très exereé au diagnostie des affeetions syphilitiques, déelare qu'elles ressemblent tout à fait à des plaques muqueuses.

Là eneore, le méeanisme suivant lequel se produisent ees éruptions n'a rien d'obseur; il ne diffère pas du mode de production des ulcérations qu'on observe aux parties génitales ehez les ouvriers chromateurs, et des éruptions que déterminent si souvent dans ces mêmes régions les frietions d'huile de eroton ou de tartre stibié, faites primitivement sur des régions très éloignées. Elles sont dues au transport de la matière toxique au moyen des doigts qui en sont imprégnés, et cela soit dans l'aetion d'uriner, soit par le grattage ou les autres attouehements, si habituels dans les régions génitales. Ces poussières peuvent aussi pénétrer vers les organes à travers la fente du pantalon et y déterminer des éruptions d'autant plus facilement que la peau qui les reeouvre est plus fine et plus délicate.

Dans les aneiennes observations reeueillies chez les ouvriers des mines et des usines métallurgiques du Hartz, on avait surtout noté des uleérations prurigineuses dans le ereux axillaire et entre les euisses.

A l'usine de la fuehsine, à Pierre-Bénite, les éruptions siégeaient surtout aux extrémités des membres et au scrotum. Elles eonsistaient généralement en papules, en vésieules et en pustules impétigineuses ou eethymateuses. Quelques-unes de ces pustules avaient le caraetère de furoncles qui s'uleéraient et s'aeeompagnaient d'œdème. L'œdème était surtout prononeé au scrotum et persistait souvent après la eieatrisation des uleères. Un des malades avait à la plante des pieds des bulles volumineuses et irrégulières comme celles des brûlures au seeond degré. Presque

tous les ouvriers de l'usine ont été atteints de ces éruptions, à divers degrés; il est vrai qu'ils n'ont pas tous réclamé des soins, car c'étaient des accidents légers, si on les compare aux paralysies et aux autres symptômes qu'ont présentés un certain nombre d'entre eux.

On peut encore citer, comme exemple de l'action locale des substances arsenicales sur la peau, les éruptions qu'on a observées chez des personnes qui avaient orné leurs coiffures de fleurs ou de feuillages artificiels colorés avec le vert de Schweinfurt. Ces éruptions siégeaient au cou et aux épaules. M. Frémy a vu une sorte d'eczéma impétigineux sur le bras d'une dame qui avait porté un bracelet en graines d'Amérique composées d'une pâte dans laquelle entrait une forte proportion d'arsénite de cuivre. Friedrich a parlé d'individus qui avaient eu des éruptions du tronc pour avoir porté de la flanelle teinte en rouge avec la fuchsine; on a cité également des cas d'éruptions produites aux jambes par des chaussettes teintes avec la même couleur; mais la fuchsine contient trop peu d'arsenic pour qu'on soit autorisé à attribuer à la matière colorante seule l'action irritante exercée par ces tissus.

En tout cas, rien ne nous paraît moins démontré que l'opinion qui attribue les éruptions des ouvriers qui manipulent des substances arsénifères à un effet consécutif à l'absorption de la matière toxique. Suivant M. Jaccoud la dermatite ulcéreuse de ces ouvriers, lorsqu'elle siège sur des parties non découvertes, doit être envisagée comme un résultat de cette absorption, c'est-à-dire comme un produit de l'intoxication elle-même. « Elle en est, dit-il, un des effets les plus remarquables et quelquefois les plus rapides ». L'éminent professeur cite, comme exemple, un cas rapporté par M. Lordereau dans lequel il y eût une eschare au scrotum chez un ouvrier qui n'avait travaillé que 4 jours au vert de Schweinfurt. Ce cas lui paraît probant, surtout en raison de l'apparition précoce de l'eschare. Quant à nous, il nous semble, au contraire, que si l'action de l'arsenic, portée au point d'être caustique, doit s'exercer énergiquement et vite sur la peau, c'est par le contact direct plutôt que par l'intermédiaire de la circulation, si tant est même qu'elle puisse se produire par cette voie indirecte.

*Lésions des fosses nasales.* — De tout temps on a signalé, chez les ouvriers qui manipulent des matières arsenicales, une irritation

de la muqueuse olfactive occasionnant des éternuements, des épistaxis, des enchifrènements, des excoriations croûteuses des fosses nasales, des inflammations de la muqueuse de l'arrière gorge, d'où une sorte d'angine. Mais c'est à M. Hillairet qu'on doit d'avoir bien décrit ces accidents et démontré qu'ils peuvent, dans certains cas, aller jusqu'à la perforation de la cloison nasale. L'ulcération de la muqueuse des fosses nasales, chez les ouvriers en vert de Schweinfurt, se fait tout à la fois sur la paroi externe et sur la cloison. Il y a dans les fosses nasales, sur la paroi externe, deux points qui s'ulcèrent plus particulièrement, parce qu'ils font saillie en dedans et vont quelquefois jusqu'à se mettre en contact avec la cloison : c'est l'extrémité antérieure du cornet inférieur et le repli saillant formé par la branche externe du cartilage de l'aile du nez. Cette dernière saillie répond précisément à la dépression extérieure qui constitue le sillon de l'aile du nez. Les ulcérations se produisent primitivement sur ces points, ou sur la cloison; mais soit d'un côté, soit de l'autre, elles se correspondent exactement par leur forme non moins que par leur position. Elles ont un aspect grisâtre, sanieux, la muqueuse semble réduite en bouillie dans une partie de son épaisseur; leur surface est inégale, déchiquetée, comme sphacélée. Souvent l'ulcération ne s'approfondit pas davantage, mais dans quelques cas, heureusement peu nombreux, elle gagne du côté du cartilage et la perforation a lieu.

Au commencement, les malades sont pris d'éternuments presque constants, de larmoiement et d'un écoulement nasal très abondant. Cet écoulement est constitué par un mucus épais, sanguinolent. Les mucosités finissent par se mêler de débris menbraneux, ou même de parcelles cartilagineuses. C'est à ce moment que la perforation s'opère. Le malade continue ensuite à rendre de temps en temps, en se mouchant, une espèce de bouchon de mucosités concrètes moulées sur la perforation.

Chez un malade observé par M. Delpech, on constatait, à un centimètre environ au-dessus du bord inférieur de la sous-cloison, une perforation dans une étendue d'un centimètre et demi horizontalement, et de plus de deux centimètres obliquement, de haut en bas et d'arrière en avant. Elle se prolongeait environ jusqu'à la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et affectait une forme elliptique irrégulière. Les bords étaient couverts en avant par un

mucus grisâtre; ils présentaient en arrière un aspect analogue produit par un enduit plus épais. Quelques croûtes s'observaient sur la partie conservée de la cloison.

J'ai vu une perforation due également aux poussières arsenicales, mais remontant à une douzaine d'années. Elle siègeait immédiatement au-dessus de la sous-cloison et la partie antérieure du cartilage médian avait été détruite. Elle était ovale, avec un grand diamètre antéro-postérieur. Ce grand diamètre avait environ dix à quinze millimètres. Les bords de la perforation étaient amincis, recouverts d'un mucus désséché. Le malade continuait à rendre de temps en temps, en se mouchant, un bouchon de mucosités concrètes.

Le mécanisme suivant lequel les ulcérations se produisent a été bien exposé par M. Delpech. Il est le même chez les individus qui manient des matières arsenicales que chez les ouvriers chromateurs.

Le premier effet produit sur la muqueuse olfactive par la poussière toxique, c'est l'inflammation. Celle-ci amène le gonflement de la muqueuse nasale, et par le fait de ce gonflement, les parties saillantes de la paroi externe des fosses nasales, c'est-à-dire la branche externe du cartilage de l'aile du nez et l'extrémité antérieure du cornet inférieur, comblent l'espace qui les séparent de la cloison et s'accolent à elle. Il en résulte une occlusion d'une ou des deux fosses nasales. Les narines ne sont plus pour ainsi dire que des ouvertures sans issue, en arrière, où elles se terminent à une petite distance par un cul-de-sac. C'est au fond de ce-cul-de-sac que les poussières arsenicales s'accumulent, en déterminant l'ulcération et la destruction des parties accolées.

Les poussières dégagées pendant le travail professionnel pénètrent dans les fosses nasales avec l'air inspiré. Elles se déposent sur la pituitaire, après avoir été tamisées par les poils de l'entrée des narines, et retenues par le mucus. Elles se ramassent entre les deux faces contiguës de la muqueuse, et dès lors, elles exercent leur action ulcérative sur ce lieu d'élection.

On a remarqué, et cela plutôt chez les ouvriers chromateurs qui sont très sujets à ces accidents, que chez ceux qui manient l'arsenic et qui ne présentent ces lésions qu'exceptionnellement, une sorte d'immunité due soit aux grandes dimensions en tra-

vers des fosses nasales, ne permettant pas l'accolement de la paroi externe et de la cloison, soit à l'habitude de priser, la poudre de tabac agissant comme un corps étranger qui empêche la juxtaposition des deux feuillets muqueux.

Quoi qu'il en soit, l'action locale des substances arsenicales n'est pas moins évidente sur la muqueuse nasale que sur la peau. Dans les deux cas, cette action est d'autant plus prononcée que la région est plus exposée au contact direct, et au dépôt accumulé des poussières.

Les ouvriers observés par MM. Hillairet et Delpech, étaient employés dans des ateliers de papiers peints. L'un d'eux travaillait à enlever le papier coloré par le vert de Schweinfurt des cordes sur lesquelles il était étendu pour sécher, à le rouler et à égaliser les rouleaux, opérations qui dégagent beaucoup de poussière arsenicale. Celui que j'ai vu, longtemps, il est vrai, après l'accident, avait eu sa rhinite perforante pendant qu'il exploitait un atelier de fuchsine, à une époque où le prix élevé de ce produit avait suscité un certain nombre de petites fabriques clandestines qui faisaient concurrence à la grande, dont elles imitaient les procédés.

*Conjonctivite arsenicale.* — L'œil s'enflamme quelquefois chez les ouvriers qui manient l'acide arsénieux. Dans le cas cité par Rayer, l'ouvrier qui avait broyé et pilé de l'acide arsénieux, avait présenté, en même temps qu'une éruption cutanée, du larmoiement et une inflammation oculaire. M. Charvet a noté la conjonctivite chez deux individus travaillant à la fuchsine, et chez d'autres une blépharite avec œdème des paupières. Le vert de Schweinfurt a donné lieu aussi à des conjonctivites, principalement chez des ouvriers qui avaient gratté les murs ou arraché les papiers colorés avec cette substance dans des appartements.

Dernièrement, M. Jabez Hogg a lu à la Société médicale de Londres, un mémoire sur certaines formes de conjonctivite rebelle, reconnaissant pour cause les poussières arsenicales qui se détachent des papiers de tenture colorés en vert. Il rapporte plusieurs observations recueillies sur des médecins chez qui des conjonctivites résistaient à tous les traitements. Ces médecins, remarquant enfin la présence d'une grande quantité d'arsenic dans la tapis-

serie verte de leurs cabinets, avaient guéri rapidement en faisant remplacer ce papier.

Cette conjonctivite, qui s'accompagne quelquefois d'accidents plus graves d'intoxication aiguë ou chronique, a été attribuée soit aux poussières arsenicales qu'on a trouvées à l'état de dépôt abondant sur les meubles et sur les divers objets contenus dans les chambres incriminées, soit au gaz hydrogène arsénié qui, suivant une autre opinion, proviendrait de décompositions chimiques particulières. Ces décompositions porteraient sur la substance arsenicale qui colore les papiers; elles seraient favorisées par l'humidité des murs et de l'atmosphère, et opérées par les produits gazeux de la respiration et des exhalations cutanées, ou bien par les gaz de l'éclairage et du chauffage, ou enfin par ceux qui, d'après les expériences du Feck, sont le résultat de la décomposition de la colle de papier. La colle d'amidon en se décomposant donne naissance à de l'hydrogène sulfuré, lequel forme avec l'arsenic du papier de l'hydrogène arsénié. On déclare avoir senti dans les chambres une odeur de raifort, et chez plusieurs malades on a retrouvé l'arsenic dans les urines.

Peut-être, en effet, la conjonctivite arsenicale est-elle rarement due aux poussières d'acide arsénieux, d'acide arsénique ou d'arsénite de cuivre, qui sont très lourdes et peu volatiles à la température ordinaire, quand elles ne sont pas entraînées par des vapeurs, il est certain que cette conjonctivite, en dehors des circonstances où les doigts ont porté la matière arsenicale sur l'œil, s'expliquerait bien mieux par une action générale déterminée par l'absorption de l'arsenic, ou tout à la fois par l'absorption et le contact d'un gaz, tel que d'hydrogène arsénié, que par l'action topique d'un composé arsenical moins diffusible dans le milieu ambiant. Ce n'est plus, dès lors, à une inflammation locale et de cause externe qu'on aurait affaire, mais à une des manifestations tégumentaires les moins douteuses de l'arsénicisme proprement dit. Parmi ces manifestations, il y en a que nous aurions quelques raisons de contester, si nous devions nous en occuper ici; mais nous ferions exception pour l'érythème scarlatiniforme, l'urticaire, le zona et la conjonctivite, qui nous paraissent au contraire appartenir, dans un grand nombre de cas, à l'ordre des affections arsenicales produites par absorption toxique ou médicamenteuse,

soit que le médicament ait été ingéré par la bouche, soit qu'il ait été administré en injection hypodermique.

*Traitement et prophylaxie.* — Le traitement des éruptions arsenicales professionnelles est des plus simples, il doit consister surtout en bains souvent répétés, en lotions émollientes ou détersives; il faut, bien entendu, soustraire le malade à l'influence du milieu insalubre, débarrasser la peau de la matière toxique qu'elle peut retenir, calmer l'irritation locale, favoriser l'élimination des eschares, panser méthodiquement les plaies qui succèdent à celles-ci; dès que les ulcérations cessent d'être vives et enflammées on substitue avec avantage les bains sulfureux aux bains simples.

On doit donner à ces malades des toniques, vin de quinquina, préparations ferrugineuses; des indications particulières peuvent naître des symptômes concomitants, surtout quand ils sont dus à une intoxication aiguë ou chronique prononcée ; il faut toujours avoir sous la main en pareille circonstance, une provision de peroxyde de fer hydraté, pour l'administrer de suite en cas d'accident; toutefois la question importante, ici, est celle de la prophylaxie. Avant tout il faut préserver les ouvriers et les mettre en état d'accomplir leur travail professionnel avec toute l'innocuité possible.

Dans les usines métallurgiques, le grillage du minerai et les opérations qui consistent à retirer l'acide arsénieux des galeries où il se dépose, doivent être faites avec les précautions adoptées à Swansea; il conviendrait même de remplacer le mouchoir que les ouvriers nouent sur leur nez et leur bouche, par un de ces nombreux masques dont on se sert maintenant en industrie pour préserver les voies respiratoires.

Les chambres de condensation de l'acide arsénieux doivent être en nombre suffisant et parfaitement closes, une ventilation énergique est nécessaire pour entraîner les vapeurs partout où elles pourraient se répandre dans les ateliers. *(A suivre.)*

II

# DE L'ÉPILEPSIE SYPHILITIQUE SECONDAIRE

**par ALFRED FOURNIER**

Professeur à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

---

La syphilis est susceptible de traduire sa présence dans l'organisme par des accidents de forme épileptique. C'est là un fait qui est reçu de vieille date, énoncé même d'une façon précise par quelques anciens auteurs, et a été confirmé de nos jours par de nombreux travaux, par d'innombrables observations.

Mais ce qui n'a pas encore, ce me semble, été suffisamment remarqué et ce que j'aurais en vue de mettre en relief dans le présent mémoire, c'est que des accidents épileptiques peuvent se présenter dans la syphilis à différentes périodes d'évolution de la diathèse, sous des formes différentes, avec des degrés très inégaux de gravité, et, en somme, avec une signification clinique très dissemblable d'un cas à un autre.

On ne parle aujourd'hui et il n'est question partout que d'une « *épilepsie syphilitique* » (mauvais mot, pour le dire incidemment) se produisant à une époque avancée de la diathèse, se reliant à des lésions cérébrales, se compliquant, tôt ou tard, d'autres phénomènes cérébraux, et comportant toujours un très haut degré de gravité. C'est là, à coup sûr, une catégorie très réelle et très clinique d'accidents épileptiques dérivant de la syphilis ; c'est là une des formes que revêt fréquemment, comme je l'ai démontré dans une publication récente, la syphilis du cerveau. Mais il s'en faut que cette catégorie d'accidents épileptiques soit la seule qu'on observe dans la syphilis. D'autres symptômes du même genre se rencontrent encore, quoique moins fréquemment, en des conditions très différentes, c'est-à-dire, notamment, dans un âge moins avancé

de la diathèse, indépendamment de symptômes cérébraux graves, et sous une allure générale infiniment moins menaçante.

Ce second ordre de symptômes épileptiques paraît n'avoir pas encore fixé l'attention des observateurs. Il est bien réel cependant, bien authentique, au moins d'après moi, et compose un chapitre spécial, nettement délimité, dans l'ensemble complexe décrit actuellement sous le nom d'épilepsie syphilitique.

Si j'avais à qualifier d'une appellation spéciale les accidents que j'ai en vue et dont il va être question ici, je les comprendrais volontiers sous le terme *d'épilepsie secondaire*. Cette désignation, en effet, aurait l'avantage de spécifier un de leurs caractères les plus importants, à savoir leur relation chronologique avec l'étape secondaire de la syphilis, et de les différencier par cela même d'autres accidents de même forme symptomatologique, mais d'origine anatomique assurément différente, qui ne s'observent que dans un âge bien autrement avancé de la diathèse.

Venons au fait. Ce que je me propose d'établir, c'est, d'une part, que certains symptômes de forme épileptique se produisent parfois au cours de la période secondaire et plus spécialement encore dans les premiers temps de cette période; c'est aussi, d'autre part, que ces accidents, pour être identiques de forme à ceux qu'on observe plus fréquemment dans l'étape tertiaire de la syphilis, n'en sont pas moins très différents comme signification diagnostique, comme évolution, comme gravité. Cela ressortira facilement, je l'espère de l'exposé qui va suivre.

Et d'abord, légitimons l'authenticité des symptômes en question.

J'ai dit que des accidents d'ordre épileptique s'observent quelquefois dans la période secondaire, et cela, bien entendu, dans des conditions telles qu'ils restent exclusivement imputables à une influence spécifique. De cela voici la preuve. Choisies entre beaucoup d'autres, les quelques observations suivantes suffiront, je pense, à la démonstration que je poursuis.

Une jeune femme, de constitution moyenne, de santé antérieure assez bonne, entre à Lourcine pour des accidents légers de syphilis secondaire (syphilides vulvaires et buccales). Quelques semaines plus tard, la maladie prend une forme plus sévère et se caractérise par une véritable nuée de manifestations de tout genre:

syphilides cutanées, syphilides muqueuses, adénopathies, myosalgies, ténosites, périostoses précoces, douleurs multiples, et surtout phénomènes nerveux, tels que céphalée, insomnie, névralgies, anesthésie, analgésie, algidités périphériques, etc. Puis tout à coup, sans cause incidente, sans provocation nouvelle, il s'ajoute à ces derniers phénomènes une série de crises assez étranges. Ces crises, dont j'ai été témoin à maintes reprises, consistent exactement en ceci : subitement le visage prend une expression extraordinaire, indescriptible, de stupeur ; — la tête se tourne du côté gauche ; — le membre supérieur gauche s'élève brusquement vers la face, l'avant-bras tenu en flexion forcée, le poignet et les doigts fortement infléchis ; — le membre inférieur du même côté se convulse dans une extension forcée ; — tout le corps, enfin, est pris d'un mouvement de rotation sur l'axe vertical et pivote de droite à gauche. Ces divers phénomènes durent quelques secondes ; puis de violents spasmes cloniques agitent par saccades précipitées le membre supérieur gauche. Finalement, la malade, quelques minutes encore, demeure comme hébétée, abasourdie, inconsciente, et c'est tout ; la crise est terminée.

Pendant quelques jours, les attaques se répètent sous la même forme. Mais bientôt la scène change. Ce qui se produit alors consiste en des accès d'épilepsie convulsive généralisée, d'épilepsie classique, rappelant trait pour trait la crise convulsive du *haut mal*. Nombre de ces accès se succèdent dans le premier mois. Dans le second, déjà nous n'en observons plus que cinq. Deux seulement se manifestent encore dans les deux mois suivants.

Puis la détente se fait, sous l'influence d'un traitement spécifique énergiquement conduit. Les divers symptômes, cutanés et autres, s'amendent et disparaissent ; parallèlement, les crises épileptiques se suspendent, pour ne plus se reproduire.

Certes, aucun doute ne pouvait subsister sur la nature nettement *épileptique* des phénomènes que je viens de signaler. Mais ces phénomènes, quelle en était l'origine? La malade n'avait jamais éprouvé antérieurement de crises semblables ou analogues ; elle disait même d'une façon très catégorique n'avoir jamais été sujette au moindre malaise nerveux. Du côté des ascendants, nul symptôme épileptique. D'autre part, aucune cause incidente, aucun trouble morbide actuel, aucune prédisposition, professionnelle ou autre, ne

pouvait être invoquée comme source de tels désordres. Bref, la syphilis *seule*, après examen minutieux de la malade, restait en cause pour expliquer ces accidents épileptiques, et elle les expliquait d'autant mieux, je pense, qu'ils s'étaient produits en pleine période secondaire, que leur invasion avait coïncidé avec une violente poussée diathésique, que leur disparition enfin suivit avec un synchronisme parfait la sédation de cette poussée.

Autre exemple. — Une jeune femme, forte et bien constituée, est amenée à Lourcine par des accidents spécifiques dont l'origine paraît remonter à trois mois et qui, jusqu'à ce jour, n'ont été soumis à aucun traitement. Nous la trouvons affectée, lors de son entrée dans nos salles, de divers symptômes manifestement syphilitiques, tels que : pléiades inguinales, restes d'induration chancreuse sur une grande lèvre; — syphilides papulo-érosives de la vulve; — syphilides amygdaliennes; — roséole intense et ardente, couvrant le corps et les membres; — analgésie généralisée de la peau et des muqueuses, etc.

Quelques jours après son admission, cette femme est prise, dans la nuit, d'une crise convulsive violente, qui réveille les malades de la salle. On la trouve sans connaissance, « râlant, écumant, se débattant sur place dans des convulsions qui rappellent le haut mal. » A la suite de cette crise, elle tombe dans un sommeil profond. L'interne de service arrive près d'elle un quart d'heure plus tard et assiste à une seconde crise qui, d'après son dire, « était un type classique d'accès comitial ». Consécutivement, évacuation involontaire d'urine, et sommeil « quasi comateux », qui dure jusqu'au matin.

A la visite du lendemain, je trouve la malade somnolente, dans un état de demi-hébétude, incapable de répondre aux questions que je lui adresse. La légère excitation qui paraît résulter de mon examen suscite une crise nouvelle, dont j'observe soigneusement les moindres détails et qui reproduit méthodiquement toute la scène d'une crise d'épilepsie commune : perte subite de connaissance; — convulsions toniques initiales de courte durée; — puis convulsions cloniques, sur place, de plus longue durée; — distorsion effrayante du visage; grincements de dents; écume sanguinolente sortant des lèvres; morsure de la langue, etc.; — et, finalement, stertor apoplectiforme. Rien ne manque au tableau, pas même l'émission involontaire de l'urine.

Le lendemain, la malade a repris pleinement connaissance. Nous l'interrogeons alors avec insistance sur ses antécédents, et elle nous affirme de la façon la plus péremptoire qu'elle n'a jamais éprouvé de crises semblables, non plus même que la moindre défaillance nerveuse. Elle n'est pas moins explicite sur les divers membres de sa famille, dont aucun, dit-elle, n'est sujet à des accidents nerveux. D'autre part, une analyse aussi minutieuse que possible des troubles morbides antérieurs ou actuels ne révèle aucune cause étrangère à laquelle puissent être imputés les symptômes qui viennent de se produire.

En conséquence, le traitement spécifique (proto-iodure mercuriel) continué, à l'exclusion de tout autre remède. Sous l'influence de cette médication, la roséole, les syphilides vulvaires et les autres accidents spécifiques s'amendent et se dissipent rapidement. Les crises convulsives ne se reproduisent plus, et la malade sort en bon état de l'hôpital trois mois plus tard. — Depuis lors, nous avons eu l'occasion de la revoir plusieurs fois dans l'espace d'une année, à propos de diverses récidives légères de manifestations syphilitiques, et nous avons obtenu d'elle l'assurance formelle qu'elle n'avait plus été sujette au moindre accident d'ordre épileptique.

Troisième exemple. — Un jeune homme de vingt-cinq ans, bien portant, grand et robuste, mais d'un tempérament nerveux et d'allure quelque peu féminine, contracte la syphilis en 1867. Dans le cours de la période secondaire, du troisième au sixième mois, il est pris trois fois de crises épileptiques, formellement et incontestablement épileptiques : sidération subite, chute, perte de connaissance, convulsions toniques d'abord, puis cloniques, cyanose et aspect terrifiant du visage, écume à la bouche, morsure de la langue, etc., etc. Inutile de dire si de tels accidents consternent le malade et jettent l'effroi dans sa famille, qui fait appel à divers médecins et accumule consultations sur consultations. Inutile également de dire si les causes de ces accidents sont recherchées par tout le monde avec un soin religieux, méticuleux. Or, vainement on interroge soit les prédispositions héréditaires, soit la santé antérieure de ce jeune homme, ses habitudes, son hygiène, son alimentation, ses moindres tendances morbides; on ne trouve rien. Toutes les hypothèses imaginables sont tour à tour discutées et écartées. On va même jusqu'à soupçonner, sans le moindre motif, une affection vermineuse, et l'on administre des vermifuges qui, bien entendu, n'expulsent

rien. De guerre lasse, force est de revenir à la syphilis, et, d'un commun accord, le traitement finit par être institué en ce sens, exclusivement.

Telle était bien, en effet, l'origine des accidents, et l'évènement le démontra, car, une fois le traitement spécifique mis en œuvre et consciencieusement observé, non seulement les manifestations extérieures de la diathèse se dissipèrent comme d'usage, mais l'épilepsie disparut complètement et disparut sans retour. Treize ans aujourd'hui se sont écoulés depuis lors, et le malade n'a plus jamais rien éprouvé qui, de près ou de loin, rappelât ces crises épileptiques.

Ces trois faits, et d'autres encore que je pourrais citer (j'en dispose d'une douzaine) établissent donc bien positivement que des accidents d'ordre épileptique peuvent être observés au cours de la syphilis secondaire, dans les premiers mois de l'infection.

Pour le médecin qui, observant sur un grand théâtre de syphilis, a eu l'occasion de rencontrer et d'étudier un certain nombre de cas de ce genre, la relation qui relie à la syphilis les accidents dont je viens de parler ne saurait rester un instant douteuse. Sa conviction sur ce point est formée par l'expérience. Mais je ne me dissimule pas que cette conviction pourra ne pas être partagée, au premier abord, du moins par ceux de nos confrères qui sont en rapports moins fréquents avec un public de vénériens. Je m'attends bien à ce que la nature spécifique de cetteépilepsie secondaire éveille quelque défiance, si même elle n'est pas absolument contestée; et cependant elle ressort manifestement, ce me semble, de tout un ensemble de considérations des plus probantes.

Ces considérations, à ne parler même que des principales, peuvent se résumer de la façon suivante :

1° Tout d'abord, *impossibilité de rattacher les accidents épileptiques en question à une cause autre que la syphilis.*

Et, en effet, quelle cause leur supposer? L'épilepsie vraie ne saurait un seul instant être mise en ligne de compte, et cela pour toutes espèces de raisons. Est-ce que l'épilepsie névrose fait son invasion première *dans l'âge adulte,* c'est-à-dire à l'âge où les premiers accidents épileptiques se sont produits sur nos malades? Est-ce que l'épilepsie vraie constitue jamais une affection *incidente,*

*temporaire*, se traduisant tout à coup par une série d'accès pour disparaître ensuite absolument ? Etc., etc. — En second lieu, toutes les causes d'épilepsie accidentelle, symptomatique (telles que saturnisme, alcoolisme, intoxications, affections vermineuses, etc.) ont été soigneusement recherchées dans chaque cas particulier et ont dû être éliminées tour à tour, de sorte qu'en définitive, après analyse minutieuse de toutes les hypothèses qui se présentaient à soulever, la syphilis restait la seule raison morbide à invoquer comme explication des accidents éprouvés par nos malades.

2° *Identité des conditions générales dans lesquelles se produisent ces accidents épileptiques.*

D'une part, tous les malades chez lesquels nous avons observé de tels accidents étaient affectés de syphilis ; — d'autre part, ils se trouvaient tous, soit au début, soit dans les premiers mois de la période secondaire, c'est-à-dire à cette période de crise aiguë où la diathèse se traduit fréquemment par des troubles nerveux de divers genres.

Ajoutons que, pour la grande majorité des cas, les sujets qui ont présenté de tels phénomènes appartenaient au *sexe féminin*. Or, chacun sait que la femme est infiniment plus prédisposée que l'homme aux accidents du nervosisme secondaire. C'est sur elle que la syphilis crée fréquemment un état de souffrance générale du système nerveux, voire parfois une perturbation profonde de ce système. Et cette influence, la syphilis l'exerce surtout, je dirai même presque exclusivement, dans ses premières étapes, dans les premiers temps de la période d'invasion des accidents généraux.

En vérité, les manifestations épileptiques dont la pathogénie nous préoccupe se produiraient-elles ainsi à terme fixe, à échéance spéciale, dans une étape de la maladie aussi catégoriquement déterminée, si le hasard seul des coïncidences en disposait, si elles ne se rattachaient par aucune affinité à la diathèse ?

3° *Coïncidence chronologique de ces accidents d'épilepsie avec d'autres accidents de nature incontestablement spécifique.*

Chez tous nos malades, les accidents d'épilepsie se sont invariablement produits *en compagnie* d'autres manifestations de nature spécifique indéniable, telles, par exemple, que syphilides cutanées ou muqueuses, adénopathies, alopécie, périostoses secondaires, myosalgies, ténosites, accès fébriles, céphalée, insomnie, douleurs

névralgiques, troubles nerveux divers (analgésie, anesthésie, algidités périphériques, viscéralgies, etc.). Cela n'est-il pas significatif? Comment et pourquoi l'épilepsie prendrait-elle place au milieu d'un tel ensemble, si elle n'y était appelée par la même cause qui préside au développement de ces autres manifestations contemporaines ? La séparer, la distraire de cet ensemble serait supposer qu'elle n'y a été introduite que par un effet du hasard. Mais quel serait donc alors ce hasard singulier non moins qu'opiniâtre qui s'obstinerait de la sorte à placer l'épilepsie dans un tel milieu, si elle était étrangère de nature à ce milieu, si elle n'était incitée à y figurer par aucune connexion pathogénique ?

4° *Evolution parallèle des accidents d'épilepsie et des autres manifestations syphilitiques contemporaines.*

C'est-à-dire : accidents d'épilepsie apparaissant en même temps que d'autres symptômes d'une poussée spécifique et disparaissant avec les symptômes de cette poussée.

Telle est la marche qu'ont affectée chez nos malades les symptômes en question. Toujours et invariablement nous avons observé ceci : accès d'épilepsie faisant invasion au début ou dans le cours d'une poussée syphilitique secondaire, se répétant un certain nombre de fois pendant cette poussée, puis disparaissant avec la disparition des autres phénomènes constitutifs du même ensemble morbide.

Quoi de plus démonstratif? Une telle évolution ne témoigne-t-elle pas aussi évidemment que possible d'une étroite relation pathogénique entre les accidents d'épilepsie et la syphilis? Ne témoigne-t-elle pas que ces accidents, contemporains de manifestations spécifiques d'autre forme, reconnaissent comme origine la même cause qui régit ces dernières?

5° Enfin, *influence curative du traitement spécifique.* — Dans toutes nos observations, les accidents d'épilepsie ont été rapidement dissipés et guéris par l'administration des mercuriaux. Cette heureuse action exercée par le mercure sur des symptômes de ce genre n'est-elle pas, en l'espèce, un complément presque superflu de démonstration?

De cet ensemble de considérations il ressort donc bien manifestement que les accidents d'épilepsie qui s'observent parfois dans

le cours ou au début de la syphilis secondaire constituent des symptômes *d'ordre syphilitique*, des symptômes développés sous l'influence de la diathèse et se reliant à la diathèse comme un effet se relie à sa cause.

Ajoutons que d'ailleurs l'apparition de symptômes de cet ordre dans la scène de la sphylis secondaire n'a rien qui doive nous surprendre. La syphilis secondaire, en effet, est ultra-féconde en accidents d'ordre nerveux. Chez certains sujets, chez les femmes notamment, elle engendre parfois, comme je le disais à l'instant, un véritable état de souffrance générale du système nerveux; elle imprime à ce système une disposition morbide très accentuée; elle le constitue dans un état d'éréthisme qui le rend apte à des troubles très divers. Or, qu'y a-t-il d'étonnant à ce que cette surexcitation nerveuse, cette sorte de diathèse nerveuse, si je puis m'exprimer ainsi, imprime quelquefois à ses décharges morbides le caractère du type épileptique; qu'y a-t-il, que peut-il y avoir d'étonnant à ce que la modalité épileptique vienne prendre place au nombre des manifestations si multiples et si variées qui traduisent le « *nervosisme secondaire* » ?

Au surplus, l'intérêt véritable du sujet qui nous occupe ne réside pas, je crois, dans la démonstration de l'origine spécifique des accidents que nous avons en vue. Cette démonstration me semble faite par ce qui précède, et j'ai quelque espérance qu'elle rencontrera peu d'incrédules. A mon sens, il importe davantage d'établir les caractères cliniques de cette épilepsie secondaire par rapport à ceux d'une autre épilepsie qui se produit dans un âge plus avancé de la diathèse et à laquelle, par opposition, on pourrait donner le nom d'épilepsie *tertiaire*. C'est là, à coup sûr, un parallèle digne de fixer notre attention et qui va exiger de nous quelques développements.

(*A suivre.*)

III

# ETUDES NOUVELLES DE DERMATOLOGIE. LES TUMEURS DE LA PEAU.

2me article (1).

## LES DERMATOMYOMES (FIBROMYOMES, LIOMYOMES, OU MYOMES CUTANÉS)

Par M. **ERNEST BESNIER**,
médecin de l'hôpital Saint-Louis.

---

## I

Les tumeurs de la peau, de même que toutes les autres altérations du tégument externe, n'ont pas encore reçu de classement méthodique; aucun principe général n'a présidé à leur nomenclature; ce sont, au contraire, les circonstances les plus diverses de siège anatomique ou topographique, de condition étiologique, de nature ou de condition nosologique, de forme, d'aspect, de couleur, de consistance, de congénialité, de distribution géographique, etc., etc., qui ont déterminé la plupart des termes employés encore aujourd'hui pour les désigner. Ce serait vouloir devancer de très loin l'observation des faits que de tenter une réforme radicale et immédiate de cette nomenclature; l'histologie normale et l'histologie pathologique de la peau présentent de trop nombreuses lacunes pour que l'heure en soit proche. Au demeurant, il ne résulte pas de cette anarchie terminologique, un très sérieux dommage dans la pratique pour un grand nombre de ces dermopathies si irrégulièrement dénommées, parce que leurs caractères cliniques étant bien connus, leur nature peut être

(1) Le premier article a été inséré dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n° 41, 10 octobre 1879. — *Sur un cas de dégénérescence colloïde du derme*, etc.

aisément établie, et, partant, leur traitement institué d'une manière sûre. Mais, en dehors de ces altérations familières du tégument dont la systématisation anatomique, de longtemps encore, ne dominera pas le classement, il reste une série d'aberrations hyperplasiques ou néoplasiques de la peau dont les caractères cliniques différentiels restent, au contraire, absolument douteux, bien que la nature intime de la plupart d'entre elles ait déjà été très nettement pressentie ou déterminée par l'histologie contemporaine ; c'est de celles-là que nous voulons particulièrement nous occuper dans cette série d'études.

Au point de vue de la pratique actuelle qui doit bénéficier, au jour le jour, des progrès de la science, c'est là l'œuvre la plus urgente ; et puisqu'il existe, en fait, un certain nombre de tumeurs de la peau dont les cliniciens spéciaux les plus exercés ne peuvent pas faire sûrement le diagnostic anatomique d'après les caractères objectifs, il est nécessaire de soumettre ces faits à une étude nouvelle basée à la fois sur la clinique et sur l'anatomie pathologique dont la réunion peut, seule, fournir la solution du problème à résoudre. Pour tous les cas de cette catégorie que les circonstances nous ont offerts, voici quel a été notre procédé d'étude et de démonstration :

Après avoir recueilli la description succincte, mais aussi précise que possible des altérations à déterminer, nous soumettons des fragments de la tumeur inconnue, ou non sûrement diagnostiquée, à l'examen histologique (biopsie clinique) ; en outre, dans tous ces cas, la lésion est moulée sur nature, et représentée dans tous ses détails de siège, de disposition, de forme, de couleur, etc., et la pièce est déposée avec une inscription détaillée dans le Musée de l'hôpital Saint-Louis. Toutes les fois où cela est possible ou utile, nous faisons exécuter le dessin de l'altération macroscopique et des coupes histologiques, et nous le produirons dans ce Recueil. De la sorte, chacun sera mis à même de prendre une connaissance complète des résultats que nous avons obtenus, de les vérifier, de les contrôler, de les critiquer ou de les rectifier s'il y a lieu.

## II

Le présent article est consacré à la détermination et à la constitution d'un genre naturel de tumeurs cutanées dont les ouvrages d'anatomie pathologique générale ou les traités de dermatologie ne donnent aucune notion ou aucune notion suffisante ; la place en sera désormais marquée d'une manière assez explicite pour assurer la vulgarisation des résultats acquis, et solliciter de nouvelles recherches. Voici d'abord l'observation du fait clinique qui est l'occasion de ce travail.

### EXPOSÉ DU FAIT.

La nommée L....., blanchisseuse de neuf, âgée de 60 ans, entre pour la première fois dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, le 24 décembre 1876 ; elle avait été d'abord placée dans un autre établissement pour une affection de poitrine ; c'est de là qu'un de mes collègues, reconnaissant qu'elle présentait en même temps une dermopathie rare, et digne d'attention, eut la bonté de me l'adresser.

Voici, en peu de mots, les caractères de cette affection : En différents points de la peau du tronc et des membres supérieurs, il existe, irrégulièrement disposée et émergeant de lapeau saine, une éruption composée : 1° de *taches* de la dimension d'une lentille, très légèrement rosées, à peine saillantes au-dessus du niveau des parties voisines, rondes ou irrégulièrement ovales, absolument analogues à des plaques d'urticaire papuliforme, et présentant aussi une remarquable analogie avec les éléments de première apparition des dermatolymphadénomes (mycosis fongoïde) ; 2° de petites *tumeurs* de la forme et du volume d'un petit grain de plomb, d'un pois, ou d'une lentille, d'une couleur rosée, passant à un rouge terne sur les plus volumineuses ; la coloration est sanguine, et s'efface sous la pression du doigt ; nulle part elle n'est pigmentaire ; leur surface est lisse, recouverte d'un épiderme corné normal. Nul trouble de sensibilité, objectif ni

subjectif, au niveau des petites tumeurs, à leur pourtour, ni dans leur intervalle ; aucun prurit, aucune trace de grattage ; à la pression un peu forte exercée sur les plus grosses saillies, une douleur assez vive : aucune, au niveau des plus petites, je le répète ; enfin consistance ferme, sans aucune mollesse. Tout cela, au rapport de la malade, se serait développé depuis trois mois environ et ne l'occupe ni ne la préoccupe en aucune manière ; elle n'est intéressée que par les troubles de sa santé générale dont nous parlerons tout à l'heure, à titre de complément.

Voici, d'abord, pour préciser davantage, le plan topographique de l'éruption.

Rien à la face ni à la tête. Sur le membre supérieur droit, deux petites plaques débutant, une au bras, une à l'avant-bras ; à gauche une dizaine de petites saillies papuliformes très peu saillantes ; une seule, véritablement lenticulaire, au tiers inférieur du bras ; aux membres inférieurs, rien.

Sur le tronc, la région thoracique antérieure ne présente que deux petites taches saillantes, à peine rosées, analogues à celles des membres supérieurs ; aucune aux mamelles ; aux régions sous-axillaires, à droite et à gauche, une dizaine de petites saillies également peu marquées ; il faut les chercher attentivement pour en faire le dénombrement. A la région dorsale, jusqu'au niveau d'une ligne horizontale menée au niveau de l'angle des omoplates, une douzaine de saillies du même ordre que les précédentes ; les premiers nodules, méritant le nom de *tumeurs*, commencent au-dessous de l'omoplate gauche, où l'on trouve *un groupe* de quatre nodules lenticulaires ; à trois travers de doigt au-dessous, nouveau groupe de petites tumeurs pisiformes à insertion large, mais commençant à se pédiculiser très légèrement ; six d'entre elles disposées à côté les unes des autres, sur une ligne régulière menée selon la direction de l'arc costal correspondant. C'est là l'éruption maîtresse, la coloration y est vive, et la sensibilité à la pression très accentuée. Dans la région sous-omoplatoïdienne homologue, huit nodules irrégulièrement disposés et quelques taches initiales. Au-dessous de la ligne ombilicale, rien en avant ; en arrière, sur la partie gauche du bassin, quatre taches lenticulaires un peu saillantes, irrégulièrement disséminées ;

une seule tumeur du volume d'une grosse lentille plus colorée ; sur le côté homologue, rien.

Durant les premiers mois de l'année 1877, l'observation attentive des phénomènes de l'éruption vint confirmer, et rendre très vraisemblables, sauf la question de durée, les renseignements fournis par la malade ; en effet, on constata l'apparition d'une vingtaine de saillies nouvelles à évolution extrêmement lente, et tout à fait latente ; en même temps, les nodosités principales, surtout le groupe linéaire, prolifèrent certainement.

Perdue de vue pendant quelque temps, la malade nous revint en 1878, et dans les derniers mois de cette année, nous constations que l'affection avait, en somme, peu progressé ; nous retrouvions tous les groupes éruptifs qui avaient été spécifiés, et le nombre des éléments nouveaux, tout en continuant à s'accroître, n'augmentait, en réalité, que dans des proportions assez restreintes.

## III

Quelle était la nature de cette éruption, et quel était l'élément histologique ou l'appareil intéressé ? Ces petites tumeurs dermiques lisses, rosées, sans aucun orifice, aprurigineuses et indolentes, de forme et de dimensions diverses, à évolution si lente, irrégulièrement et asymétriquement disséminées sur les membres et sur le tronc, ne pouvaient être prises pour des *papules* vraies, et ne pouvaient être rattachées à aucune forme de lichen ni de syphiloderme ; ce n'était pas davantage des *tubercules*, ni des *nodules hypodermiques ;* partant il ne pouvait être question de lésion des follicules sébacées au pileux, pas plus qûe d'altération des glomérules sudoripares ; la seule forme d'acné formant de véritable tumeurs, l'affection contagieuse de Bateman, n'avait aucune analogie, même grossière avec nos éléments éruptifs. Aurait-on pu penser (notre malade étant, comme nous le disions, rhumatisée) que l'on assistait au développement de quelques-unes de ces nodosités rhumatismales encore mal connues dont il a été donné quelques exemples ? Certainement non, en raison du petit volume, de l'indolence, de la consistance et du siège sus-dermique des tumeurs de notre malade.

Le mot de *molluscum* fut souvent prononcé par les diverses personnes à qui nous montrâmes la patiente, mais c'est là une dénomination qui a perdu toute valeur, au titre banal où l'emploient un grand nombre de médecins, qui l'appliquent volontiers à toutes les petites tumeurs de la peau dont la nature ne leur apparaît que dans une très vague pénombre. Si l'on voulait faire allusion aux seules tumeurs dermiques auxquelles convienne le nom de *Molluscum* (*mollis*), les fibromes mous du corps papillaire — Virchow, Rindfleisch, — on ferait certainement fausse route, car si telle était la constitution histologique des éléments éruptifs que nous étudions, ils auraient proliféré avec plus d'activité que les nodules de notre malade, et ils n'en auraient eu, à aucune époque, la consistance ferme et uniforme, la coloration ni la vitalité.

La sensibilité à la pression de certaines tumeurs fit prononcer à quelques-uns le mot de *névrome ;* mais si l'on veut bien se rappeler qu'il s'agit de tumeurs cutanées, et non sous-cutanées, que les tumeurs parvenues à un grand développement, seules, étaient douloureuses à la pression et qu'elles étaient toutes, en réalité, sinon indolores au moins certainement indolentes, on comprendra, sans autre forme de discussion éliminatoire, que nous n'ayions à aucun moment accepté ce diagnostic, tout à fait invraisemblable.

Etant données d'autre part, l'intégrité musculaire de la peau autour des tumeurs, leur consistance, leur fixité, leur émergence d'une peau absolument saine et non indurée, etc., etc., il n'était pas plus vraisemblable, même en tenant compte des seuls caractères objectifs, qu'il pût être question de tumeurs colloïdes, mixomateuses, pas plus que d'épithéliomes, sarcomes, ou carcinomes.

N'avions-nous pas affaire à une lymphadénie cutanée généralisée, à un mycosis fongoïde au début ? Cette hypothèse nous sourit un moment et nous essayâmes de nous y rattacher, tant la lenteur de l'évolution, la nature des taches initiales nous parurent d'abord plaider en sa faveur ; toutefois notre impression ne s'accentuait pas au fur et à mesure que l'observation se prolongeait ; la lenteur du processus devenait par trop grande et l'immobilité des éléments, dont aucun n'avait retrocédé, acheva de nous désillusionner. Aucun de ceux de mes savants confrères ou collègues qui examinèrent la malade ne put nous tirer de notre embarras ; en vain

invoquâmes-nous le savoir profond de quelques dermatologistes étrangers, dont quelques-uns des plus éminents, qui nous firent l'honneur de nous visiter durant l'Exposition universelle de 1878; il devenait surabondamment démontré que personne n'était en mesure de faire ce diagnostic. La seule ressource de la vivisection clinique nous restait; mais bien que l'opération à pratiquer fut, en réalité, minuscule, il me fallut plusieurs mois de diplomatie persévérante pour déterminer la malade, très ombrageuse et très mobile, à consentir; à vrai dire, elle ne fit pas grande résistance quand je lui eus démontré que personne ne connaissait sa maladie, mais ma crainte de la voir nous quitter, sans que le diagnostic fût élucidé, fit que je reculai assez longtemps la réalisation de mon projet. Le 23 novembre 1878, j'enlevai, après anesthésie locale à l'aide de l'éther pulvérisé, l'élément le plus gros, le plus douloureux à la pression, et le plus âgé probablement, sur le côté gauche du thorax, en arrière; le fragment fut remis, séance tenante, à M. Balzer, pour en faire l'analyse histologique attentive.

Un deuxième fut enlevé une semaine plus tard à la face externe du bras gauche, pour un complément d'examen. Comme dans toutes les opérations semblables que j'ai pratiquées, aucun incident consécutif ne survint, et la plaie pansée simplement au diachylon se cicatrisa régulièrement, mais avec une certaine lenteur puisqu'il fallut pour cela plus de deux semaines; le pansement fut fait simplement avec un petit carré de sparadrap de diachylon; le sang avait coulé en nappe assez abondamment de la petite surface de section, mais une compression légère suffit pour arrêter l'écoulement. La cicatrisation se fit à plat, sans retraction ni induration consécutives, et elle persiste encore actuellement dans cet état, après une année écoulée.

Avant de donner les résultats de l'analyse histologique qui va fixer le diagnostic, voici le complément de l'observation au point de vue clinique général. Notre malade est emphysémateuse, et sujette à des attaques de dyspnée revenant aussi souvent qu'elle prend froid et que le catarrhe bronchique qui lui est habituel subit quelque exacerbation; elle est en même temps (c'est une blanchisseuse) atteinte de rhumatisme chronique simple (douleurs subaiguës avec craquements dans les épaules et dans les genoux; rhumatalgies protéiformes de la continuité des membres et des masses

musculaires des gouttières vertébrales). Aucune lésion organique viscérale. Pas de cardiopathie manifeste, pas de lésion rénale ni urinaire. Elle est amaigrie, anémiée, souvent valétudinaire, non cachectique.

## III

### CARACTÈRES HISTOLOGIQUES DES TUMEURS (1).

*1° Tumeur enlevée sur le côté gauche du thorax. Prép. alc. absolu; picrocarminate; glycérine.*

Le corps épidermique est très aminci, mais conserve ses caractères normaux.

La tumeur est presque entièrement composée de faisceaux de fibres lisses, d'épaisseur variable, et qui forment un lacis très serré; on les voit tantôt dans le sens de leur longueur, tantôt sectionnés transversalement; ils deviennent de moins en moins abondants au fur et à mesure que l'on s'approche de la face profonde de la tumeur; les éléments ont la forme caractéristique en fuseau allongé, et sont colorés très nettement en rouge brun par le picro-carmin; l'union avec l'étage inférieur du derme est opérée par des faisceaux fibreux plus ou moins épais qui s'élèvent dans la tumeur, et la cloisonnent dans tous les sens. Les vaisseaux sont très rares; on constate deux petits troncs nerveux à la périphérie de la tumeur.

*2° Tumeur enlevée sur le bras gauche. Prép. id.; acide osmique.*

L'épiderme et le corps muqueux ne présentent pas d'altérations bien nettes de leurs éléments, mais ils sont très amincis et les

(1) Les préparations histologiques dont nous donnons la description ont été exécutées par M. le docteur Balzer, et présentées par lui à la Société de Biologie dans la séance du 25 janvier 1879; M. Malassez avait émis sur leur signification quelques doutes, plutôt à titre général qu'à titre particulier, aux préparations très démonstratives de M. Balzer. D'ailleurs, dans la séance suivante, 1er février 1879, le savant directeur du laboratoire d'histologie du collège de France, reconnaît le non fondé des doutes émis par lui, et il ajoute que M. le professeur Ranvier a constaté lui-même les caractères du liomyome.

ondulations du corps muqueux sont à peine marquées. Dans la partie sous-papillaire du derme, on ne voit que du tissu conjonctif en faisceaux très serrés et renfermant quelques vaisseaux. Au-dessous de cette couche, on voit les faisceaux de fibres musculaires lisses, d'épaisseur variable, en contact immédiat les uns avec les autres ou séparés par de minces faisceaux de tissu conjonctif. Le plus grand nombre des faisceaux musculaires est parallèle à la surface de la peau; on voit de distance en distance des faisceaux qui remontent perpendiculairement à la surface de la peau. Peu de fibres lisses arrivent jusque dans le corps papillaire : elles en approchent davantage cependant dans la pièce qui a été traitée par l'acide osmique. A la périphérie de la tumeur, les faisceaux musculaires deviennent moins épais, moins nombreux, le tissu conjonctif devient, au contraire, plus abondant à mesure qu'ils disparaissent. Au milieu des faisceaux musculaires, on distingue facilement sur une des coupes, un tronc nerveux coupé un peu obliquement et qui se dirige vers la surface de la peau. Les vaisseaux sont très rares dans les deux tumeurs examinées; on en distingue quelques-uns entourés d'une mince couche de tissu conjonctif. Sur les parties latérales et profondes de la tumeur, on trouve des glomérules de glandes sudoripares, mais dans une région où les fibres lisses sont déjà très rares. On trouve aussi une glande sébacée sur un côté de la tumeur. A la partie la plus profonde, il existe des lobules graisseux fortement colorés en noir par l'acide osmique. La situation de ces lobules et des glomérules sudoripares, par rapport à la tumeur musculaire, montre donc nettement que les fibres lisses se sont développées dans le derme, envahissant principalement les couches moyenne et profonde.

Ainsi donc, cela ressort nettement de l'examen des préparations histologiques, les tumeurs dont nous avons décrit les caractères macroscopiques, sont des myômes de la peau, des tumeurs constituées par néoformation de fibres lisses. Nous ne dirons pas des fibromyômes, malgré la présence du tissu conjonctif; la prédominance et la spécificité de l'élément musculaire lisse entraînent surabondamment la dénomination de liomyôme, de myôme de la peau, de dermatomyôme dans notre vocabulaire personnel. A la périphérie des tumeurs, ou même entre les faisceaux, quelques

filets nerveux; vaisseaux rares et sans altération pariétale importante.

Les caractères histologiques concordent au mieux avec les caractères cliniques : la présence des rameaux nerveux fait comprendre leur sensibilité à la pression; leur nature élémentaire explique leur bénignité et leur longévité; enfin l'état des cicatrices constaté au bout d'une année écoulée permet d'affirmer que ces tumeurs peuvent être extirpées, et localement guéries, de la manière la plus simple.

## IV

Nous verrons plus loin que le genre de tumeurs que nous décrivons contient plusieurs espèces et variétés, mais nous n'avons pu trouver, dans des recherches assez étendues, qu'un fait pouvant être rapporté à cette espèce du genre, laquelle consiste en une éruption *généralisée*, ou *disséminée*, de tumeurs musculodermiques. Ce fait appartient au professeur Verneuil; nous le reproduisons ici en entier à cause de son grand intérêt, et à cause de la valeur exceptionnelle que nous attachons aux productions de notre savant maître et ami:

Au mois d'août de l'année 1858, Verneuil présenta à la Société anatomique des lambeaux de la peau d'un sujet, destiné aux dissections de l'École pratique, qui présentait une innombrable quantité de tumeurs cutanées.

« Le volume de ces tumeurs varie depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'une tête d'épingle, si bien que beaucoup d'entre elles, non apparentes à la vue, sont très sensibles au toucher, ou se rencontrent facilement dans l'épaisseur du derme à la dissection. Le siège de ces tumeurs est, bien certainement, l'épaisseur du derme; quelques-unes pourtant, en petit nombre, sont situées au-dessous de cette membrane, mais elles adhèrent à sa face profonde. Leur structure paraît difficile à préciser à l'œil nu : elles ont l'aspect du tissu fibroplastique, quoiqu'en différant sur beaucoup de points, et elles ressemblent plutôt à certains névrômes.

L'examen microscopique de ces tumeurs, qui sont toutes intradermiques, montre que, si quelques-unes ne renferment pas de vaisseaux, les autres sont, au contraire, constituées par un lacis vasculaire extrêmement riche. Elles envoient dans l'épaisseur du derme des prolongements dont le nombre varie de un à quatre pour chaque tumeur. Dans leur tissu on trouve des vestiges de glandes sébacées, et des glandes sudoripares entières. On y rencontre aussi des filets nerveux assez gros pour renfermer de 25 à 30 tubes. Le reste du tissu n'a pas de caractères bien déterminés : on y voit pourtant quelques noyaux analogues à ceux du tissu fibroplastique, mais plus allongés. Ce que

ces tumeurs présentent surtout de remarquable, c'est qu'indépendamment des éléments ci-dessus décrits, dont la présence dans une tumeur cutanée se conçoit à merveille, on en trouve d'autres qui n'ont pas le moindre rapport avec la structure de la peau. Ce sont des fibres musculaires les unes striées, larges, semblables non pas aux fibres des muscles de la vie de relation, mais aux fibres du cœur; d'autres lisses, semblables aux fibres des muscles de la vie organique. Ces fibres se retrouvent dans toutes les tumeurs sans exception (1). »

Après cet exposé, Verneuil déclare que cette affection lui semble très difficile à dénommer, et il se refuse toutefois à lui donner le nom de molluscum, à la fois à cause de la banalité de ce terme, et de son impropriété dans le cas présent. Aujourd'hui que la dénomination de myôme est vulgarisée, la difficulté n'est plus la même, et nous ne pensons pas que personne se refuse à l'appliquer aux dermatômes observés par Verneuil. Nous n'hésitons même pas, en ce qui nous concerne, à reconnaître, dans les tumeurs du sujet de l'École pratique, des liomyômes, malgré la mention, dans leur constitution, de fibres musculaires « semblables aux fibres du cœur. » Plus de vingt années écoulées expliquent aisément des différences d'interprétation que la technique actuelle n'aurait pas de peine à trancher; en tout cas, un myôme de l'espèce des fibres du cœur n'a ni précédent ni analogue en histologie pathologique, et le terme de rhabdomyôme ne lui conviendrait pas mieux que celui de liomyôme.

## V

Nous avons dit qu'il existait d'autres espèces et variétés du même genre: ce sont celles-là seulement qui ont été observées et signalées par les auteurs, par les anatomopathologistes, ou par les chirurgiens, non par les dermatologistes, car il s'agit plus particulièrement de lésions du ressort de la pathologie externe ou chirurgicale.

C'est à Virchow (2) qu'il faut rapporter le premier emploi du mot de myôme (*myoma*) et la première description histologique

(1) Bullet. de la Société anatomique, 2me série, XXXIIIe année, août 1858, p. 373.

(2) R. Virchow-Ueber cavernöse (*erectile*) Geschwülste und Telangiectasien. — Des Tumeurs caverneuses érectiles et des télangiectasies — in *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie*, etc., p. 553 et 554, t. VI, 1854.)

d'un myôme cutané; en voici le texte, que nous avons recueilli sur l'original, et dont nous donnons la traduction exacte faite pour nous, par notre distingué confrère et ami, le docteur Kuhff.

Voici le texte de Virchow :

....... « J'ai vu un second cas (de *myoma telangiectodes*) plus singulier encore, chez un malade âgé de 32 ans, à la clinique chirurgicale de cette ville-ci (Berlin). Ce malade avait remarqué, il y a treize ans, l'existence d'une petite tumeur près du mamelon; cette tumeur prit un lent accroissement et dans son voisinage se développèrent peu à peu d'autres tumeurs semblables en nombre toujours croissant. Un an avant que le malade n'entrât à l'hôpital, ces tumeurs devinrent douloureuses, au point de simuler à s'y méprendre des tubercules douloureux. Au moment du séjour du malade à la clinique il existait au moins une douzaine de ces nodules disséminés dans l'étendue de la main sur la peau du thorax; le plus grand nombre d'entre eux se trouvaient en dehors du mamelon. Ceux d'entre eux qui offraient le plus grand développement avaient le volume d'une cerise. Tous étaient lisses, presque brillants, les petits blanchâtres, bleuâtres, les grands, de coloration très rouge. La douleur était d'une intensité extraordinaire, et survenait spontanément aussi bien qu'à la pression. L'une des plus grandes de ces tumeurs fut enlevée par l'instrument tranchant; elle était presque entièrement composée d'un tissu dense, disposé en couches de fibres entrecroisées et dans lequel on distingua des fibres-cellules qu'on réussit à isoler par dissociation et par macération dans l'acide nitrique et dans l'acide pyroligneux. Ce tissu ayant été traité par l'acide acétique, on y aperçut des noyaux grands et allongés, disposés en séries très régulièrement parallèles, de sorte que j'étais disposé à considérer la production comme musculeuse. Elle ne renfermait pas de fibres élastiques.—Plus tard on enleva, par ligature, un second nodule qui se remplit de sang jusqu'à distension et fut placé, après son ablation, dans l'acide pyroligneux. Cette fois on arriva à obtenir des coupes minces de ce tissu, et leur examen fit voir qu'à la surface de la tumeur se trouvaient disposées des anses vasculaires très nombreuses et de fort calibre d'où partaient quantité de vaisseaux plus ténus allant dans la profondeur. Je trouvai au milieu de la production de grandes branches nerveuses ramifiées. — Le malade quitta l'hôpital guéri de ses souffrances par des applications externes d'éther chlorhydrique. »

Le second fait appartient à Forster, et il fut inséré, l'année même où fut produite l'observation de Verneuil, dans un travail intitulé : *Ueber die weichen Warzen und molluskenartigen Geschwülste der Haut.* (Des végétations molles et des tumeurs molluscoïdes de la peau) (1).

« On peut rencontrer dans la peau non seulement des fibrômes, mais aussi des myômes, c'est-à-dire des tumeurs fibroïdes renfermant des fibres mus-

(1) *Wiener med. Wochenschrift*, n° 9, 8e année, 1858, p. 130.

culaires lisses. J'ai vu un seul cas de cette forme-là, provenant d'un cadavre qui servait aux exercices de médecine opératoire, et qui n'avait pas échappé à l'œil observateur de mon excellent ami Baum. La tumeur occupait le scrotum et présentait un diamètre de 1 1/2"; la peau qui la recouvrait était lisse et elle se trouvait appendue à un pédicule mince, et long de plusieurs lignes.

A la coupe, la tumeur se trouva nettement délimitée, et put s'énucléer facilement hors du tissu cellulaire ambiant; sa texture ressemblait tout à fait à celle des fibroïdes utérins étudiés sur une coupe. Le résultat de l'analyse microscopique concorda avec les apparences extérieures. La tumeur toute entière, sauf quelques tractus fibreux très rares, était formée d'un plexus très épais de fibres musculaires lisses, à cellules d'une grandeur extraordinaire. La disposition des couches musculaires était alvéolaire comme d'ordinaire. Quant à la manière dont la tumeur s'est formée, on peut en toute sûreté admettre que cette production était due à une prolifération circonscrite des fibres musculaires lisses de la tunique du dartos, d'une façon analogue à ce qui se passe dans la pathogénie des fibroïdes utérins. »

On voit apparaître, à la lecture de ces deux observations, les caractères qui distinguent cette espèce de myômes d'avec les dermatomyômes généralisés. Dans le cas de Virchow, les tumeurs sont multiples, mais localisées dans une région spéciale, la région mammaire, zone dartoïque; mais, comme les tumeurs généralisées de notre malade, elles sont lentes dans leur évolution, longtemps indolentes, et enfin elles sont essentiellement constituées par des fibres lisses; dans le fait de Förster, le liomyôme est encore plus manifeste, et il appartient incontestablement au dartos ; de plus, la tumeur est tout à fait isolée et pédiculée ;·il n'y a aucun détail sur son évolution vitale, mais on peut affirmer qu'elle était très ancienne.

En 1863, Forster (1) indique nettement les myômes parmi les tumeurs de la peau, et ébauche la première description dogmatique de ce genre dermatologique. Il précise ce fait que les tumeurs molluscoïdes de la peau, constituées par des fibres musculaires lisses, sont rares; il rappelle le cas qu'il a publié en 1858 (celui que nous avons transcrit plus haut), ajoute qu'il en a, depuis, observé deux cas semblables, mais ne fournit aucun détail et ne dit pas si il en a, ou non, publié la relation.

La même année (février 1863), Virchow fait sa magnifique leçon sur les myômes, et consacre un court paragraphe aux myômes cutanés :

(1) *Traité d'anatomie pathologique spéciale.* — Leipzig, 1863, p. 1039-1042. —

« Le tégument externe présente, dans différentes sortes de tumeurs, des hyperplasies des faisceaux musculaires; telles sont les verrues profondes, les verrues molles, les nœvi profonds (*Virchow's Archiv.*, t. VI, p. 552.) Dans ces grosseurs, comme dans la lèpre (t. II., p. 507), on trouve souvent une hypertrophie considérable des éléments musculaires de la peau. Toutefois cette hypertrophie ne représente ici qu'un élément prédominant d'une production absolument différente par sa nature même, et cette hypertrophie musculaire n'atteint la forme de tumeurs véritables que dans les endroits où le tissu musculaire de la peau est déjà très développé à l'état normal. Le premier cas de ce genre que j'ai rencontré était celui d'un homme de trente-deux ans qui, depuis treize ans, avait vu se développer près des mamelons une série de tumeurs très douloureuses de la grosseur d'une cerise. Forster a décrit des tumeurs analogues du scrotum : une d'entre elles était pédiculée et mesurait un demi-pouce de diamètre. Ces myômes sont relativement mous et sont constitués par un entrelacement de faisceaux musculaires reliés par une substance interstitielle connective. Le cas que j'ai observé présentait en même temps un développement vasculaire si abondant que l'on pouvait être porté à le ranger dans les tumeurs vasculaires (tumeurs érectiles), tandis qu'il répondait, en réalité, au myôme télangiectasique ».

Il ressort nettement de là que, d'après Virchow, les myômes qui peuvent former tumeur à la peau sont de plusieurs espèces, le plus généralement mixtes, musculaires seulement à titre accessoire, et qu'ils ne seraient véritablement, à titre prédominant, musculaires que dans les régions où l'état normal de la peau constitue déjà une sorte d'hypertrophie musculaire localisée, et forme une couche dartoïque.

Cette conclusion de Virchow est annulée du seul fait de notre observation et de celle de Verneuil, montrant des tumeurs absolument myomateuses généralisées à toute l'étendue du tégument, sans qu'il y ait prédominance ou même sans qu'il y ait de néoformation ou d'hypertrophie musculaire aux zones dartoïques. Il ne peut plus être établi que cette déduction, à savoir : que des tumeurs vraiment myomateuses peuvent exister sous deux espèces différentes : tantôt, et plus rarement, généralisées ou disséminées sur toutes les parties du tégument (comme dans notre observation et dans celle du Verneuil), tantôt et plus souvent limitées aux départements de la peau pourvus d'une couche musculaire dartoïque, tels que le mamelon, le pénis, la surface cutanée des grandes lèvres, le scrotum, comme dans les observations de Virchow, de Förster et de divers auteurs dont nous allons donner quelques reproductions pour fixer les types.

A partir de l'année 1870, on trouve communément ces faits

indiqués sous la dénomination qui leur appartient de fibromyômes ou de myômes. Telles sont les deux observations suivantes de Th. Challand (1) de myômes de la grande lèvre et du scrotum, appartenant à la même espèce que le cas de Förster.

1° Dame de 25 ans, de la clientèle de M. U. Trélat portant depuis au moins deux ans une tumeur de la partie supérieure et externe de la grande lèvre gauche. La tumeur enlevée par l'écraseur a la forme d'un ovoïde très allongé et un peu aplati; donnant au toucher la sensation d'un scrotum vide de testicule; au centre un petit corps allongé et dur.

« Un phénomène curieux que présentait la tumeur *trois ou quatre heures après avoir été enlevée, c'était lorsqu'on l'excitait, des contractions lentes et vermiculaires* analogues à celles du scrotum ». Le petit corps dur senti au centre de la tumeur était constitué par trois follicules pileux accolés.

*Examen histologique* par M. Malassez : « Sur une coupe perpendiculaire à la surface de la tumeur, on trouve, allant de dehors en dedans, tout d'abord une couche épidermique mesurant un ou deux dixièmes de miltimètres. Quelques cellules de la couche muqueuse sont devenues vésiculeuses, et celles qui occupent la partie profonde sont chargées de granulations pigmentaires. Au-dessous, on trouve un tissu analogue à celui du derme, présentant à la partie supérieure des oreilles 50 . de hauteur, et se continuant par sa partie inférieure avec le reste de la tumeur, dont la structure est la même. Il est formé de faisceaux de fibrilles conjonctives, plus volumineuses dans les parties profondes que dans les parties superficielles, mais partout extrêmement ondulées.

Entre ces faisceaux et autour d'eux rampent un grand nombre de fibres élastiques, tantôt irrégulièrement disséminées, tantôt disposées plus ou moins parallèlement par rapport les uns aux autres.

Hyperplasie conjonctive surtout autour des vaisseaux.

Enfin, au-dessous de ce qu'on pourrait appeler le derme, soit au niveau des follicules, soit au niveau des grosses veines, il existe des faisceaux de fibres musculaires lisses, — ces faisceaux sont peu nombreux, — pas de fibres lisses disséminées. Vaisseaux assez abondants, — réseau veineux sous-dermique particulièrement développé ; follicules pileux hypertrophiés, glandes sébacées peu développées ; peu de glandes sudoripares. L'auteur conclut que ce qui donne à cette tumeur un cachet particulier, malgré la prédominance du tissu fibreux, c'est l'existence des faisceaux de fibres musculaires lisses, et que, par conséquent, elle doit être dénommée fibromyôme.

2° Homme de 65 ans, du service de M. U. Trélat, présentant à la partie supérieure de la face externe du scrotum, à droite, une petite tumeur pédiculée ayant la forme et le volume d'une amande verte à surface ridée et de même couleur que celle du scrotum, quand on la presse entre les doigts donnant la sensation d'un grain de raisin vide de sa pulpe. Cette tumeur date, au rapport du malade, de 40 années. Elle est excisée avec des ciseaux courbes et ne donne que quelques gouttes de sang.

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, juillet 1871, 5e série, t. VI. 46 année, p. 145, 149.

— *Examen histologique* par M. Malassez — La tumeur est formée en majeure partie de tissu fibreux, et présente quelques petits faisceaux de fibres lisses. Légère hypertrophie des follicules pileux, pas d'altérations des glandes sébacées ; peu de vaisseaux.

Ces deux tumeurs appartiennent évidemment aux myômes dartoïques ; la contractilité de la première le démontrerait surabondamment en dehors de tout examen histologique ; peu importe la quantité du tissu conjonctif, ou la dénomination de fibromyôme, ce sont les faisceaux de tissu musculaire lisse qui entraînent la dénomination générique au point de vue de la constitution histologique.

Les myômes qui constituent, sur le tégument, des tumeurs, ne sont pas tous, à proprement parler, des dermatomyômes ; des tumeurs de fibres lisses, émanées par exemple de l'aponévrose pubiorectale de Denonvilliers (couches musculaires lisses de la loge prostatique ou de la cloison rectovaginale) peuvent venir faire efflorescence à la région périnéale, ou à la région vulvaire inférieure. Leurs caractères cliniques et histologiques les rapprochent des dermatomyômes dartoïques, mais leur point d'implantation, ou d'origine, peut être important à déterminer au point de vue opératoire. Le fait suivant rapporté par Marcano (1) en offre un exemple.

Femme de 25 ans, portant une tumeur de la partie inférieure de la grande lèvre gauche, avec proéminence « à la partie inférieure de la fesse. » Le toucher rectal montre qu'elle envoie un prolongement « à sa partie supérieure, » mais il est impossible d'en préciser l'étendue. Cette tumeur a le volume d'une orange, elle est dure, non adhérente à la peau et « mobile à sa partie inférieure. « Elle a débuté il y a cinq ans, son développement d'abord lent devint plus rapide dans les dernières années; opération le 2 mai 1873 par Demarquay ; énucléation et extirpation assez faciles, dissection laborieuse à l'extrémité supérieure qui s'enfonce entre le rectum et le vagin dont on finit cependant par la détacher sans altérer aucun de ces deux organes.

A la coupe, la tumeur est d'aspect fibreux ; l'examen microscopique montre des faisceaux de fibres conjonctives sectionnés longitudinalement et transversalement ; 2° des cellules plates du tissu conjonctif appliquées contre les faisceaux de tissu fibreux ; 3° des fibres musculaires lisses généralement isolées, non réunies en faisceaux proprement dits, mais rassemblées quelquefois en nombre considérable sur le même point, à direction très variée,

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 5e série, t. VIII, 1873, p. 388.

parallèles ou perpendiculaires au trajet des faisceaux fibreux; 4° de nombreux vaisseaux ayant une paroi à structure généralement veineuse.

L'auteur constate que les caractères observés rangent cette tumeur dans la classe des fibromyômes.

Cela n'est pas douteux, et le « *prolongement* » intra-recto-vaginal indique surabondamment quelle a été l'*origine* de la tumeur. On aura remarqué la mobilité de la peau sur la tumeur, les résultats du toucher vaginal qui faisaient percevoir l'implantation dans la cloison recto-vaginale, ce qui, joint au caractère de lenteur dans l'évolution, pourrait aujourd'hui mettre assez aisément sur la voie d'un diagnostic certain et précis.

Nous pourrions, en poursuivant nos recherches, accumuler d'autres faits, mais cela ne nous est pas indispensable pour le but que nous poursuivons, c'est-à-dire pour appeler l'attention sur un ordre de faits plein d'intérêt, et véritablement nouveau dans sa conception générale. Il nous reste simplement à donner une esquisse de la nosologie et de la nosographie du genre dermatologique que nous voulons constituer, et dont nous pensons qu'il est utile de marquer la place.

## VI

Parmi les tumeurs de la peau, il en est qui sont essentiellement, ou principalement, constituées par une néoformation de fibres lisses, (tumeurs histioïdes musculaires); cela est surabondamment établi par notre observation, ainsi que par celles que nous avons collectées. Elles appartiennent à la classe des myômes à fibres lisses, — myômes lævicellulaires de Virchow, léiomyômes (λεῖος, lisse, etc.) — de Zenker, liomyômes selon la dénomination qui a prévalu.

Les liomyômes cutanés, ou les dermatomyômes, sont de notion trop récente pour que leur fréquence absolue ou relative puisse être chiffrée; on les a confondus et on les confond aujourd'hui encore avec diverses autres tumeurs cutanées, et notamment avec les fibrômes (le molluscum) et diverses autres tumeurs bénignes; on peut dire cependant, très approximativement, qu'ils ont une fréquence comparable, ou un peu inférieure, à celle des fibrômes mous véritables.

Leur constitution histologique est essentiellement établie par une néoformation musculaire tantôt prédominante, tantôt plus ou moins envahie par le tissu conjonctif, ou modifiée dans sa texture par le développement des vaisseaux, lequel peut aller jusqu'à constituer un tissu caverneux; mais dans tous ces cas la nature myomateuse de la tumeur reste établie par la spécificité de l'élément musculaire.

Les liomyômes cutanés sont de plusieurs espèces que nous ne prétendons pas fixer d'emblée, mais que nous pouvons au moins provisoirement limiter à deux principales: — 1° myômes simples, dermatomyômes proprement dits; 2° myômes dartoïques.

1° Les myômes simples peuvent s'observer dans toute l'étendue du tégument; leur évolution est très lente; leur volume ne paraît pas pouvoir devenir considérable; ils seraient toujours multiples; ils peuvent, avec le progrès de leur développement, devenir très vasculaires. Indolents et indolores à leur début et pendant un temps très long, ils peuvent devenir plus tard douloureux et très sensibles à la pression. Ce sont des tumeurs essentiellement bénignes, pouvant être excisées aisément, laissant une cicatrice simple, et ne paraissant pas (au bout d'une année) devoir récidiver sur place. L'affection est progressive; elle semble appartenir à l'âge adulte ou à la vieillesse, et il est peu probable qu'une médication interne puisse avoir sur elle quelque action. La condition pathogénique, les relations pouvant exister avec d'autres états morbides échappent complètement.

Cliniquement, les liomyômes cutanés simples se distinguent assez aisément de la série des autres tumeurs cutanées, et notamment du molluscum vrai, ou fibrôme mou, avec lequel ils doivent surtout avoir été confondus, non moins que de toute la série des néoplasmes spécifiques de la lèpre, de la syphilis, etc., par la série des caractères négatifs que nous avons déjà parcourue plus haut en discutant rapidement les probabilités du diagnostic chez notre malade. Une fois la notion de l'existence de ce genre de tumeurs introduite dans la série connue des tumeurs de la peau, le diagnostic, ne fut-ce que par élimination, pourra certainement être établi avec certitude, et en tout cas aisément contrôlé par l'examen biopsique.

2° Les myômes que nous appelons dartoïques, les seuls que

Virchow croyait pouvoir exister, constituent des tumeurs à évolution plus variable, quelquefois multiples sur une même région, le plus habituellement solitaires. On les rencontre à la région mammaire, au scrotum, à la grande lèvre, on pourrait les rencontrer au pénis. Leur volume peut atteindre les dimensions du poing, le plus habituellement d'une noisette, d'une amande ; ils sont sessibles ou pédiculés, contractiles ou rétractiles par l'irritation, le froid, l'excitation électrique, et plus ou moins vascularisés. Comme les myômes simples, ils sont indolents, de longue durée ; sauf pour le cas où leur volume est considérable, ils ne préoccupent pas les sujets qui en sont atteints, et le chirurgien ne les découvre pour ainsi dire que d'une manière accidentelle. Ce sont des tumeurs essentiellement bénignes. A la région génito-anale, les dermatomyômes peuvent être confondus avec des myômes migrateurs émanés de la prostate ou de la cloison recto-vaginale, ce qui pourra toujours être reconnu par l'évolution plus rapide relativement au volume de la tumeur, par l'absence ou le peu de développement de la contractilité de l'enveloppe cutanée, par la conservation du glissement de la peau sur la tumeur, et à l'aide du toucher rectal et vaginal, etc., etc.

J'arrête ici cette esquisse nosologique et nosographique, ne voulant pas, surtout en ce qui concerne la partie chirurgicale de ce sujet, aller au delà de ces simples indications, ni dépasser l'observation des faits acquis. J'aurai atteint mon but si je suis parvenu à appeler l'attention d'une manière suffisante sur ce point peu connu ou inconnu de pathologie cutanée, et si j'ai pu, ainsi, contribuer à combler une lacune dans l'histoire des tumeurs de la peau.

---

## EXPLICATION DE LA PLANCHE I.

*Dermatomyôme multiple.*

Ocul. 4; Object. 0, de Hartnack, préparation de M. le Dr Balzer.

A) Epiderme. B) Corps muqueux. C) Derme.
D) Faisceaux musculaires longitudinaux.
E) Faiscèaux m. coupés transversalement.
F) Tissu conjonctif intermusculaire.

---

VI

# LA SYPHILIS AUTOMNALE DE 1879

Par **P. DIDAY.**

---

M. Pasteur a vu un volatile auquel il avait, sans résultat, inoculé les éléments du virus charbonneux, cesser d'être réfractaire à cette inoculation après que sa température eût été artificiellement abaissée.

Quant à ce qui concerne la syphilis, il est d'observation que son évolution subit un temps d'arrêt pendant la durée des pyrexies qui s'accompagnent d'une élévation de température. J'ai publié, en 1872, deux cas où l'incubation entre l'accident primitif et l'invasion des symptômes secondaires (incubation qui est de 45 jours en moyenne, de 70 au maximum), s'éleva à 120 jours chez un sujet ayant eu, à cette époque, une fièvre typhoïde, et jusqu'à 160 jours chez un autre sujet affecté alors de fluxion de poitrine.

D'autre part, la syphilis, contractée dans un climat froid ou tempéré, se trouve bien du séjour dans un pays chaud. L'expatriation en Algérie est un excellent moyen thérapeutique, parfois une dernière ressource précieuse pour nos syphilitiques gravement atteints.

Par contre, j'ai constaté une intensité et surtout une ténacité plus grande de cette diathèse chez les sujets soumis par profession au froid et à l'humidité. J'en ai autrefois cité des exemples frappants chez des garçons de café servant comme glaciers, et chez les ouvriers employés au percement de tunnels des parois desquels l'eau dégouttait constamment. Parent-Duchâtelet avait fait la même remarque sur les ouvriers qui travaillent dans les égouts de Paris.

Ces faits m'étaient connus : et s'ils avaient en moi frappé le

clinicien, ils n'avaient ni depuis moins longtemps, ni moins profondément donné à penser au pathologiste. Un nouvel ensemble d'informations est venu aujourd'hui confirmer la conclusion qui en découle. Cette conclusion, je ne la formule point ici, et ce, pour deux motifs : d'abord parce qu'on la devine bien dès à présent ; puis parce que je ne serais pas fâché de laisser prendre une part de ce travail de dénégation ou de confirmation à mes collègues, auxquels je viens, par conséquent, demander si, sur ce point, leur observation, dans ces derniers temps, a été conforme à la mienne. Je m'explique :

Dès la fin d'août, et surtout pendant les mois de septembre et d'octobre 1879, j'ai vu se dessiner dans ma clientèle une surintensité de la syphilis. Quatre traits surtout accentuaient d'une teinte plus marquée le tableau qu'elle déroule depuis si longtemps sous mes yeux. Les symptômes étaient plus souvent graves. Les poussées se succédaient à intervalles moins longs. Je voyais éclater des récidives après un laps de temps dont la longueur, en général, est une garantie de guérison définitive. Enfin, les remèdes spécifiques n'exerçaient pas sur les accidents leur influence curative accoutumée.

Ceux qui connaissent la syphilis savent que de semblables différences ne peuvent s'évaluer par aucune espèce de mensuration ni de statistique. Il n'y a, il ne peut y avoir là qu'une apparence générale qui frappe le praticien, ajoutons et qui doit l'avoir frappé fortement pour qu'il ait, contre l'intérêt de sa réputation de thérapeutiste, l'idée de la dénoncer publiquement à ses collègues. Prendre l'initiative d'une déclaration, qui peut être interprétée comme un aveu d'impuissance relative, est-ce bien dans les mœurs du jour?... Je ne veux pas me le demander. Ce que j'y puis perdre, je le regagnerai avec usure en me rapprochant par là de Ricord, lorsque, au milieu du succès professionnel le plus enviable qui se soit vu, il eut le courage de signer cette proposition qui pouvait être sa déchéance :

« Le mercure abrège, fait disparaître chacun des accidents de la syphilis ; mais, quant à la diathèse même, il n'est pas prouvé qu'il la détruise. »

Il serait fastidieux de reproduire ici en détail les observations dont l'ensemble m'a inspiré les réflexions qui précèdent. Voici

seulement des notes recueillies, au fur et à mesure qu'elles s'offraient à moi, sur quelques-uns des exemples les plus saillants:

Observation I. Un bureaucrate de Dijon, âgé de 38 ans, avait été mon client pendant l'année 1878 pour des accidents de moyenne intensité. Puis, comme cela a généralement lieu, tout s'était dissipé, et, pendant 1879, je n'avais plus eu de lui que de rares visites, motivées par la frayeur plus que par la nécessité, et enfin quelques lettres annonçant une libération complète. Vers le commencement d'octobre 1879, il est venu me montrer, non pas de simples plaques muqueuses, mais deux véritables ulcères des piliers du voile du palais, de 8 millimètres de diamètre et une rhinite croûteuse avec exulcérations du rebord intérieur des narines. Je n'ai pas eu de lui d'autres nouvelles.

Obs. II. Vers le milieu de septembre, j'ai aussi revu un de ces clients desquels on peut dire que, lui et moi, nous nous croyions pour toujours débarrassés l'un de l'autre. Sans aucun indice dans ses précédents qui m'annoncât une telle reprise, il a été atteint non seulement de squames palmaires confluentes, fissurées, croûteuses, mais d'onyxîs sous-onguéales végétantes du pouce et du médius, forme très rare que je n'avais pas observée depuis plusieurs années, et dont je viens de voir tout récemment un deuxième exemple. Ici la médication la plus active n'a fait jusqu'à présent qu'empêcher le mal de progresser. Il a pris jusqu'à 20 centigr. par jour de proto-iodure de mercure, associés en dernier lieu à 3 grammes d'iodure de potassium. Frictions, bains, emplâtres, cautérisations ont été méthodiquement prodigués contre cette récidive inattendue. La lésion ne progresse pas; c'est, je le répète, tout ce qui a été obtenu par cinq semaines d'un traitement aussi énergique *intrà* que *extrà*.

Obs. III. Je me souviens aussi d'un Forésien, revenu, dans les mêmes conditions, pour une syphilide squameuse des mains et des pieds, contre laquelle un médecin de son pays avait déployé une puissance de médication, qui s'est trouvée, hélas! plus justifiée par l'opiniâtreté du mal que par le succès. Ces formes squameuses, coïncidant ou non avec des plaques semblables du dos de

la langue, ont fourni une large part des exemples qui viennent de passer sous mes yeux.

Obs. IV. Un tertiaire, de 36 ans, en avait été quitte jusqu'ici pour des groupes pustulo-crustacés assez larges du dos et des coudes, revenant depuis deux ans, mais de moins en moins fréquents et de moins en moins accentués. Par l'iodure et par une réforme dans ses habitudes hygiéniques, non seulement je tenais le mal en bride, mais j'espérais le dompter, lorsque, sans avoir discontinué le traitement, sans avoir commis aucun excès, il m'a consulté, le 20 octobre, pour un ulcère assez étendu déjà, quoique tout récent, de la joue gauche. En même temps, et pour la première fois, il éprouva une hébétude intellectuelle dont ses patrons et ses clients ne s'aperçoivent que trop, accompagnée d'une céphalée persistante du plus fâcheux présage.

Obs. V. Plaçons ici le cas d'un étudiant des plus intéressants. Après un chancre, en mars 1879, traité dès le début par de fortes doses de mercure, et suivi d'accidents secondaires d'intensité moyenne, mercurialisé alors de nouveau comme on se mercurialise à l'âge des convictions ardentes, il a eu, fin août, un psoriasis palmaire d'une gravité extraordinaire, plus deux gommes aux jambes. Plusieurs de mes confrères, qui lui ont donné leurs soins, ont constaté avec étonnement l'exceptionnelle intensité du mal, et la non moins exceptionnelle impuissance des spécifiques.

Obs. VI. Le 8 septembre 1879, je reçu la visite d'un brave garçon de 28 ans, porteur — c'est bien le cas de maintenir ce mot flagellé par Malgaigne — porteur, puis-je dire, car il en était accablé, d'une éruption papuleuse générale, et tellement confluente que certainement les plaques laissaient entre elles moins d'espace qu'elles n'en couvraient. D'ailleurs, saillantes, cuivrées, arrondies, leur aspect ne donnait matière à aucun doute sur leur nature. C'était évidemment une syphilide. Tel fut aussi l'avis de mon cher collègue Rodet, que j'appelai plus tard en consultation. D'ailleurs, les antécédents et la coïncidence des plaques muqueuses à l'arrière-bouche complétaient le diagnostic. Mais, chose singulière, toute cette éruption, exactement identique dans toute son éten-

due, et n'ayant nulle apparence d'eczéma ou de prurigo, était le siège d'une démangeaison très prononcée qui privait le malade de sommeil. Eh bien! contre cette syphilide, nous avons successivement ou simultanément employé les bains au sublimé, le sirop de Gibert, 20 centigr. de proto-iodure de mercure par jour avec l'iodure de potassium à haute dose, des frictions mercurielles sur une notable partie de l'éruption. L'effet d'aucun de ces remèdes n'a été sensible : l'éruption a diminué, mais très lentement et graduellement, sans un seul de ces mouvements si fréquents dans notre médecine spéciale, mouvements dont la promptitude témoigne de l'action du médicament. Actuellement, et malgré la continuation des remèdes, ce pauvre diable, quoique amélioré, reste encore plus maculé qu'il n'est d'usage après tant de temps et tant de remèdes. Notons que, en désespoir de cause, je l'ai aussi traité, mais sans plus de succès, par l'arsenic et par des frictions avec la pommade d'Helmerick.

Obs. VII. Par une de ces coïncidences dont la pratique offre tant d'exemples, j'ai vu, peu de temps après, de cette affection si rare, un second spécimen tout à fait semblable, quoique moins accentué, sur un garçon de café, âgé de 27 ans. Chez lui, le prurit était le même, bien que l'éruption offrît tous les caractères apparents d'une syphilide papuleuse. L'action des spécifiques ne s'est pas montrée plus efficace que chez mon précédent malade : il est vrai qu'il ne m'a pas honoré d'une confiance aussi persévérante.

Obs. VIII. Un négociant de 40 ans avait eu, en 1877, une de ces syphilis qu'on peut appeler normales, qui, après quelques jetées superficielles sur la peau et les orifices muqueux, s'était éteinte au bout de 8 mois, et avait, depuis ce temps, fait place à une parfaite santé.

Vers le commencement de septembre 1879, il vit aux bords de l'ongle de deux doigts quelques écailles; bientôt apparurent dans la paume des mains des plaques, qui en peu ds temps devinrent ulcérées, croûteuses. Cette éruption s'étendit aux poignets et au pavillon d'une oreille. Notez que cette marche extensive eut lieu sous mes yeux, à la barbe, si j'ose dire, d'une médication pro-

portionnée à la force de progression du mal. Proto-iodure à 17 centigrammes par jour, 36 grammes de sirop de Gibert, frictions mercurielles, fumigations cinabrées, le tout associé entre temps à l'iodure, rien, pendant 7 semaines, ne put arrêter cette invasion. Les remèdes locaux, si efficaces d'ordinaire en pareil cas, y perdaient eux-mêmes leur puissance. Ce n'est que le 29 octobre, que j'ai pu constater une diminution.

Obs. 9. Je viens de voir (28 octobre), un homme qui, ayant eu la syphilis avant son mariage, et aujourd'hui père de deux enfants parfaitement sains, l'un de sept ans, l'autre de cinq, avait assurément toute raison de se croire définitivement à l'abri de récidive. Il lui est néanmoins survenu, depuis quinze jours, un testicule syphilitique, offrant tous les caractères objectifs de cet accident de transition (forme arrondie, surface lisse, volume moyen, indolence presque entière). Un traitement spécifique mixte a, en 8 jours, prouvé par une si grande amélioration la justesse de mon diagnostic, que le cher client a jugé bon de suspendre ce traitement qui le délivrait trop vite d'une lésion qu'il compte faire valoir comme motif d'exemption d'une corvée d'armée territoriale.

Obs. 10 et 11. J'avais soigné, de la syphilis, fin 1877 et pendant les six premiers mois de 1878, deux jeunes modistes, un peu anémiées par le travail et par une alimentation insuffisante. L'intensité avait été moyenne ; mais les spécifiques associés aux toniques finirent par avoir raison des plaques muqueuses qui, ayant été chez elles le principal accident avaient longtemps récidivé.

Bien portantes et exemptes de symptômes depuis 16 mois, je viens de les revoir fin octobre 1879, pour une éruption confluente de squames palmaires gercées et saignantes ; à cette poussée, s'ajoute, chez l'une d'elles, une éruption de grosses papules, vers les ailes du nez ; chez toutes deux, la récidive actuelle date du milieu de septembre.

Obs. 12. Enfin je viens de voir (13 novembre), un monsieur âgé de 34 ans. Ayant eu, il y a 17 ans, une syphilis de force moyenne, à ce que je puis présumer, et de laquelle, depuis longtemps, il n'avait plus ni symptômes, ni vestiges, ni souvenir, il

a contracté une blennorrhagie depuis deux mois. En me consultant pour cet accident, il me demande aussi mon avis sur deux petits boutons existant depuis 8 ou 10 jours à la face antérieure du gland. J'examine, et je vois deux de ces papules lenticulaires, cuivrées, légèrement furfurescentes sans aucune cuisson ni démangeaison, dont le siège et la physionomie accusent indubitablement la nature syphilitique. En explorant le reste du corps, je ne trouvai rien autre si ce n'est deux petites plaques muqueuses, à la marge de l'anus, existant depuis le même temps.

Voilà donc, et sans cause appréciable, une récidive venue au bout de dix-sept ans.

Quelques probantes que soient, à mes yeux, ces prémisses cliniques, je ne voudrais point trop presser la conséquence qu'elles paraissent contenir : car il est fort possible que le hasard seul m'ait présenté cette série de cas graves, de récidives inattendues, de lésions réfractaires. C'est donc pour le cas, c'est uniquement pour le cas où ces remarques seraient confirmées par le témoignage de mes collègues que je proposerais l'explication suivante :

On a vu que j'accuse de cette exacerbation morbide, le froid. Le froid, cependant, n'a pas été, cette année, plus intense; il l'a même été beaucoup moins que dans d'autres années. Seulement il a été exceptionnellement prolongé, et surtout singulièrement déplacé. Les récentes douceurs de l'automne n'ont fait oublier à personne que, comme température et comme conditions météorologiques, le printemps et une partie de l'été de 1879 ont ressemblé exactement à une fin d'hiver.

Or, qu'est-il résulté, que devait-il résulter de cette interversion des saisons ?

Pour tous les êtres organisés, le retour périodique et régulier de la chaleur estivale est une condition, sinon d'existence, au moins de santé, ou, en termes plus généraux, de fonctionnement normal. D'ailleurs activité, puis passivité, s'imposent à nos organes au nom d'un droit égal. Tous les phénomènes vitaux essentiels offrent l'exemple de cette alternative successive entre l'action des causes qui provoquent leur accomplissement et celle des causes qui président à leur cessation momentanée. L'hiver, la nuit, l'immobilité, qui viennent après l'été, le jour, l'exercice

musculaire entrent aussi bien les premiers que les seconds dans le plan de la nature.

Mais la suspension des influences excitantes ne saurait sans inconvénient être soutenue au delà du terme ordinaire. Un membre s'atrophie s'il est assujéti à une immobilité de quelques mois. La plante gardée trop longtemps en serre s'étiole. Il ne serait pas sans danger pour leur existence de prolonger artificiellement l'engourdissement périodique des animaux hibernants.

De même, pour en revenir à notre sujet, ce n'est point impunément que, dans nos climats, le corps humain a pu être privé pendant plus de trois mois, de la chaleur solaire, et subir au contraire l'influence d'une humidité atmosphérique dont on ne peut même aujourd'hui se rappeler, sans un frisson, la déplorable persistance.

De ces vérités d'almanach, voulez-vous que nous passions à un ordre de déductions plus contestables sans doute, mais mieux appropriées à nos habitudes et à notre but?

L'accès d'aggravation que j'ai observé peut-il s'expliquer par d'autres causes? Voyons.

On connaît deux sortes d'influences capables de ramener des poussées de syphilis ou de les rendre plus intenses. Les unes sont accidentelles, variées et tombent en quelque sorte sous les yeux des praticiens : ce sont les excès, les maladies intercurrentes, les préoccupations morales, etc., Or, dans une clientèle urbaine ces causes sévissent avec une force constante. A moins de commotion générale, politique ou financière, on ne les voit pas éclater plus nombreuses une année que l'autre. D'ailleurs j'interroge toujours mes malades sur ce point, c'est-à-dire sur leurs antécédents, et les réponses de ceux dont je viens de rapporter l'histoire ne m'ont pas appris que là fût l'explication de la recrudescence récente.

On pourrait plus rationnellement invoquer l'influence saisonnière, car celle-ci, très réelle en syphilipathie, s'adresse à tous les sujets, se traduit par des effets généraux. Nul n'ignore que aux changements de saison, les vieilles syphilis mal éteintes se réveillent et se révèlent par l'apparition d'accidents divers; que, à ces moments-là aussi, les syphilis en cours d'évolution se marquent passagèrement d'une teinte plus sombre. Mais ces chan-

gements sont prévus, et leur époque bien déterminée. Elle coïncide pour le plus important, avec le réveil, pour le moins important avec la fin confirmée du fonctionnement annuel de la nature végétale, c'est-à-dire au printemps et à l'automne.

Eh bien, telle n'a point été la date de la crise dont je rends compte. Comme pour mieux marquer son origine, comme pour nous dire d'où elle procède et surtout d'où elle ne procède pas, elle s'est manifestée aussi loin que possible du retour du printemps, mais sans qu'on pût dire que ce fût déjà le déclin de l'automne.

« Mais, me dira-t-on, cette observation même n'infirme-t-elle pas votre interprétation ? Vous nous montrez fort bien, le calendrier en main, que l'exacerbation en question est venue à une telle distance du printemps qu'on ne saurait la prendre pour la crise vernale habituelle. Mais puisque, selon vous, elle résulte de la prolongation inusitée du froid de l'hiver, pourquoi n'est-elle pas venue plus tôt ? Pourquoi a-t-elle attendu presque la fin de l'été, pour se dessiner par des traits qui nous permissent de la reconnaître ? »

Pourquoi ? . . . Parce que la syphilis est essentiellement une maladie à marche lente. Parce que de la durée de ses diverses incubations nous apprend que, dans cette affection, les effets perceptibles ne se manifestent qu'au bout d'un intervalle, et parfois d'un intervalle très considérable après l'action de la cause. Je disais déjà en 1863, que, au lieu de grosse vérole, nos ancêtres eûssent été mieux inspirés de l'appeler *longue* vérole. Qu'on ne s'étonne donc pas si, dans une maladie où les germinations successives qui la constituent ont besoin de temps pour réaliser un phénomène qui frappe l'observateur, qu'on ne s'étonne pas si les récidives irrégulières suivent la loi de l'évolution naturelle, et si l'on doit attendre deux ou trois mois pour assister à la manifestation visible d'un processus qui, on le comprend, n'a pu influencer l'organisme que comme la goutte d'eau attaque la pierre.

Redescendant des hauteurs de l'atmosphère aux réalités terrestres, je constate que mes clients ont été efficacement consolés, lorsqu'ils recevaient de moi l'assurance que la gravité de leur récidive actuelle n'impliquait pas un degré profond d'imprégnation syphilitique, la cause de cette gravité étant dans une irrégularité de

saisons qui ne se reproduira vraisemblablement pas, et sans laquelle leur diathèse aurait paisiblement évolué vers sa terminaison naturelle, la guérison.

J'ai dit ce que j'ai vu. A mes collègues maintenant de confirmer ou d'infirmer par leur déposition mon témoignage.

Appendice. — Depuis que ce mémoire a été écrit (novembre 1879) il m'a été donné ce que je puis appeler une double consolation, celle d'assister à un apaisement marqué des cas de syphilis dans ma clientèle. Les anciens malades ont vu céder les accidents dont nous avions eu tant de peine à nous rendre maître ; et chez les sujets nouvellement atteints, la maladie a suivi sa marche bénigne qui, dès notre temps, est devenue le cas le plus ordinaire. La contre-épreuve ne pouvait donc être plus complète et plus satisfaisante pour la science comme pour le praticien.

Lyon, 12 janvier 1880. P. D.

V

## NOTE SUR LE CHANCRE SIMPLE ET SUR L'ADÉNITE CHANCREUSE

par le Dr **HORTELOUP**, chirurgien de l'hôpital du Midi.

---

De tous les accidents vénériens, le chancre simple est celui qui présente la plus grande variation nosographique. Si on s'en rapportait aux statistiques un peu anciennes, le nombre des chancres non indurés aurait été à une certaine époque beaucoup plus considérable que celui des chancres indurés, mais il est plus que certain qu'à cause des idées régnantes bien des erreurs ont dû se glisser, aussi est-il préférable, pour se rendre compte de ces variations très curieuses, de ne s'appuyer que sur des relevés faits depuis les travaux de M. Bassereau, c'est-à-dire depuis que le chancre non induré, mou simple, est devenu une entité morbide bien distincte de la syphilis.

Ainsi, il y a une quinzaine d'années, vers 1865, il entrait, dans les salles de l'hôpital du Midi, trois chancres simples contre deux chancres syphilitiques ; pendant le siège, la commune et pendant l'année qui suivit, le chancre simple prit une extension considérable, puis en 1873 et surtout en 1874, un changement notable se fait sentir et le chancre simple devient presque une exception.

Ces fluctuations si bizarres ont été signalées d'une façon très remarquable par mon savant collègue de l'hôpital du Midi, M. Ch. Mauriac, dans un mémoire très intéressant, intitulé : *De la rareté actuelle du chancre simple.*

Se basant sur de nombreux relevés, M. Mauriac a montré que dans la période de 1864 à 1868, le chancre simple représentait environ le tiers moins deux huitièmes de total des maladies vénériennes, tandis que dix ans plus tard, du 1er janvier 1874 au mois de juillet 1875, c'est-à-dire en s'appuyant sur le nombre

de malades entrés dans son service pendant cette période de 18 mois, le chancre simple ne représentait plus que la dix-neuvième partie des maladies vénériennes; il y avait donc là une décroissance tellement évidente que notre distingué collègue, exposant, avec un grand luxe de recherches, toutes les circonstances pouvant expliquer cette heureuse amélioration, terminait-il un de ces chapitres en disant : « Si cette rareté étonnante du chancre simple continue à s'accroître, pendant quelques années, dans les mêmes proportions, notre espoir en son extinction prochaine serait bien près de devenir une réalité. »

Malheureusement, cette prophétie n'est pas encore sur le point de se réaliser, car vers le mois de novembre 1878, nous pûmes constater aux consultations de l'hôpital du Midi, une recrudescence de cette dégoûtante lésion dans une sérieuse proportion, puisque, faisant le relevé des malades de mon service en 1878, je trouvai que, dans le 4e trimestre, j'avais reçu autant de chancres simples que dans les trois premiers. Cette proportion s'est continuée en 1879, ainsi que le prouve le chiffre des malades atteints de chancres simples, entrés dans les dix premiers mois de cette année, comparé à celui des malades entrés dans la même période de temps en 1878.

Voici ces chiffres :

| | 1878. | 1879. |
|---|---|---|
| Janvier | 18 | 72 |
| Février | 41 | 77 |
| Mars | 32 | 78 |
| Avril | 39 | 89 |
| Mai | 23 | 84 |
| Juin | 33 | 61 |
| Juillet | 40 | 73 |
| Août | 34 | 71 |
| Septembre | 33 | 65 |
| Octobre | 38 | 74 |
| | 331 | 749 |

Ce qui donne pour 1879 une augmentation de 418 malades, c'est-à-dire plus du double d'individus frappés en 1879, qu'en 1878.

On pouvait espérer que cet accroissement tenait à des circonstances particulières à Paris, mais il faut croire qu'il n'en est rien, car M. Horand, chirurgien de l'Antiquaille, avait appelé l'attention sur un mouvement analogue à Lyon, dans un mémoire où il démontrait la nécessité de rendre plus fréquentes les visites sanitaires.

Désirant savoir dans quelle proportion s'était manifestée cette augmentation, je me suis adressé à ce distingué collègue qui m'a adressé, avec la plus gracieuse obligeance les chiffres suivants.

En 1878, M. Horand a reçu, dans son service, 22 individus atteints de chancres simples et en 1879, depuis le 1[er] janvier jusqu'au 15 novembre (époque de sa lettre) c'est-à-dire en 10 mois et demi, il en a reçu 48, c'est-à-dire plus du double; parconséquent progression tout à fait proportionnelle à ce que nous avons constaté à Paris.

Pourra-t-on enrayer le mal dans ses progrès? Je n'en ai pas le moindre doute, il suffira d'une surveillance plus active et certainement plus étendue, mais la solution de cette question dépend des décisions des conseils d'hygiène et de salubrité, qui sauront bien la trouver.

Cette recrudescence de chancres simples nous a permis d'étudier avec soin l'histoire complète de cette bizarre maladie d'une virulence non douteuse, mais d'une virulence qui n'empoisonne jamais l'économie dans son ensemble.

Si le chancre simple est et reste toujours une manifestation locale : naissant, vivant et mourant localement, il n'en a pas moins, comme toute affection inflammatoire, un retentissement sur les ganglions lymphatiques.

Longtemps l'histoire des adénites inguinales est restée pleine de confusion, mais grâce à une suite de travaux très remarquables, en tête desquels il faut toujours citer ceux de notre illustre maître M. Ricord qui, le premier, a jeté de la clarté dans cet affreux chaos, on a classé et bien nettement séparé l'adénite, suite des chancres simples de celles accompagnant le chancre syphilitique.

On admet que le chancre simple peut amener la suppuration des ganglions lymphatiques par deux processus : dans le premier, le chancre agissant comme une cause irritative quelconque, déve-

loppe une adénite inflammatoire simple; dans le second, le pus chancreux, grâce aux vaisseaux lymphatiques, est amené dans l'intérieur du ganglion et y produit une véritable inoculation chancreuse : adénite sympathique, adénite chancreuse.

Dans quelle proportion relative se trouvent, en clinique, ces deux espèces d'adénites? La solution n'est pas très facile à donner, car les statistiques, qui ont été plusieurs fois publiées, sont assez contradictoires; cependant, si je m'en rapportais à la dernière statistique faite à l'Antiquaille par M. Jullien et au relevé de mon service de 1879, le nombre des adénites simples ou sympathiques serait beaucoup plus considérable que celui des adénites chancreuses. Sur 175 adénites suppurées, M. Jullien n'en a relevé que 68 indiquées comme chancreuses et sur 87 adénites suppurées, reçues dans mon service depuis le 1er janvier 1879, jusqu'au 1er novembre 1879, je n'en trouve que 21 décrites comme chancreuses.

Pour établir la distinction de ces deux espèces d'adénites, on se guide sur l'aspect que prend le bubon soit qu'il se soit ouvert spontanément, soit qu'il ait été ouvert par le chirurgien.

En effet, vouloir distinguer ces deux espèces d'adénites pendant la période du développement est chose des plus délicates et même en se basant sur la forme de l'adénite arrivée à suppuration, sur la nature et la couleur du pus, le diagnostic sera souvent bien incertain. Mais en revanche, si on s'en rapporte à ce qui se trouve dans les ouvrages classiques, une fois le bubon ouvert, l'aspect que prend la plaie lève tous les doutes; si le bubon a suppuré sous l'influence du pus chancreux, la plaie, c'est-à-dire l'adénite, prend l'aspect d'un chancre.

Dans les 21 cas d'adénites chancreuses que m'a donné mon relevé et probablement dans les 68 notés sur celui de M. Jullien, cette transformation n'a pas été un instant douteuse, mais cela veut-il dire que toutes les autres adénites suppurées, 66 d'un côté et 107 de l'autre, se soient développées en dehors de toute influence virulente.

Je suis très disposé à croire que même dans une adénite dont l'aspect ne présente nullement l'aspect chancreux, le pus chancreux a cependant joué un certain rôle, pour les raisons suivantes.

La suppuration d'un ganglion enflammé sous l'influence d'une

violente angioleucite est excessivement rare; pour quelles raisons un ganglion enflammé sous l'influence d'un chancre agissant comme une cause irritative quelconque arriverait-il si souvent à suppuration?

En outre, M. Fournier, dans un excellent article sur le bubon, a fait observer que souvent il lui avait été impossible de savoir s'il avait eu à traiter une adénite inflammatoire ou une adénite chancreuse.

Dans ces cas, l'aspect de la plaie est tellement incertain que l'inoculation seule, comme le dit M. Fournier, aurait pu lever l'incertitude; mais j'ai rencontré des faits où il était impossible d'avoir la moindre hésitation, tout indiquait une adénite simple et l'inoculation donnait un résultat positif.

Voici un des faits qui vient à l'appui de cette opinion : Le 14 juin 1879, entrait dans mon service de l'hôpital du Midi, 3e division, lit 12, salle 9, un jeune homme de 22 ans, qui portait deux chancres simples du fourreau datant de 15 jours; dans l'aine gauche, existait une adénite avec rougeur de la peau, mais on ne sentait pas encore de fluctuation. Trois jours après, je constate l'existence du pus situé profondément et j'incise le bubon sans attendre que le tissu cellulaire soit envahi.

La marche rapide de la suppuration, l'aspect des chancres me faisaient pencher pour une adénite virulente et voulant en faire vérifier la nature par les élèves du service, je pratiquai l'inoculation sur le flanc, le lendemain de l'ouverture du bubon.

48 heures plus tard, apparition de la pustule caractéristique que je laisse marcher pendant huit jours, puis je la fais cautériser. Il n'était pas possible d'avoir des doutes, j'avais eu affaire à un bubon contenant du pus chancreux, eh bien, le jour où je fis pratiquer la cautérisation, le bubon n'avait nullement les caractères chancreux, les bords de l'incision n'étaient pas ulcérés, ils n'étaient ni déchiquetés, ni décollés, le fond de la plaie était en train de bourgeonner et la cicatrisation, qui marchait régulièrement, fut complète au 25e jour.

En se basant sur la rareté de la suppuration des adénites inflammatoires et sur cette observation dont j'ai recueilli plusieurs exemples, je pense qu'il est impossible d'affirmer que l'on se

trouve en présence d'une adénite inflammatoire tant qu'on n'aura pas fait d'inoculation.

Ce qui peut encore parfaitement prouver combien on a le devoir d'être réservé, c'est le peu de connaissances exactes que nous possédons sur les circonstances dans lesquelles se développe la suppuration virulente des ganglions.

Chez certains malades, le bubon se manifeste dans les 15 premiers jours du chancre; chez d'autres, au bout d'un mois, six semaines; dans une troisième catégorie, le chancre est presque guéri lorsque les malades ressentent de la douleur qui est le premier symptôme d'une adénite qui va devenir chancreuse; dans un cas rapporté par M. Puche, le ganglion virulent apparut après plusieurs années d'existence d'un chancre phagédénique.

A quoi tiennent ces divergences? Est-ce parce que le pus arrive dans le ganglion à des époques variables? Est-ce à cause d'une tolérance individuelle qui ne laisserait développer l'inflammation qu'après un séjour plus ou moins prolongé du pus dans le ganglion? Ou enfin y aurait-il une question de quantité de liquide virulent.

L'arrivée du pus ne se fait pas à une époque fixe de l'évolution du chancre, car, pour pénétrer, il faut l'ouverture d'un lymphatique, et il est certain que cette porte d'entrée s'ouvre à l'époque de pleine suppuration; aussi, lorsqu'on constate la douleur, le gonflement du ganglion alors que le chancre est presque complètement guéri, il faut bien reconnaître que ce n'est pas à cette période du chancre que le pus a pu pénétrer dans un lymphatique et qu'il a dû rester un certain temps sans manifester sa présence.

Lorsqu'on se souvient des expériences de M. Ricord, mélangeant le pus chancreux avec d'autres liquides et obtenant des inoculations positives, lorsque le pus n'était pas trop dilué, il est permis d'admettre qu'il est indispensable qu'il soit parvenu dans le ganglion une certaine quantité de pus avant que l'inflammation ne se manifeste. Mais on comprend que cette certaine quantité de pus capable d'être le point de départ d'une inflammation, qui va amener la suppuration du ganglion, ne soit pas suffisante pour donner à tout ce liquide les qualités virulentes.

Quant à admettre qu'il doit y avoir une disposition indivi-

duelle jouant un rôle important dans le temps pendant lequel le pus peut séjourner avant de manifester sa présence, je crois qu'il est indispensable de l'admettre.

Dans une intéressante brochure que M. Mauriac vient de publier sur certaines ulcérations spécifiques de l'aine, mon excellent collègue et ami ne partage pas du tout cette manière de voir ; il pense qu'il est impossible d'admettre que du pus virulent puisse rester longtemps dans un ganglion sans l'altérer et pour lui, l'action morbide devrait se manifester à la fin ou avant la fin du premier septenaire.

Avant de rechercher sur quelles preuves s'appuie cette opinion, je crois intéressant de faire connaître l'observation suivante qui mettra hors de doute que la période d'incubation d'une adénite chancreuse peut être très longue.

Emile V..., 26 ans, sellier, entrait dans mon service le 12 mars 1879, pour une adénite suppurée de l'aine gauche; cet homme a contracté un chancre sous-préputial au commencement de février 1879 qui a été soigné à la consultation de l'hôpital du Midi (1).

Lorsqu'il entra dans mon service, le chancre était en voie de cicatrisation. Le bubon qui ne présentait aucun caractère particulier, fut incisé et guérit assez vite sans revêtir le caractère chancreux; le 15 avril, cet homme quittait l'hôpital, ne présen-

(1) La recrudescence de chancres simples qui s'est manifestée depuis un an, nous a permis d'essayer presque tous les traitements qui ont été conseillés pour guérir vite le chancre simple. Je ne parle pas de la cautérisation dont je regarde l'emploi comme tout à fait limité et j'ai surtout expérimenté les divers topiques.

Je ne veux pas entrer dans la critique des divers moyens, ce qui serait trop long, et je ne veux qu'appeler l'attention sur les services très importants que peut rendre l'iodoforme.

La poudre d'iodoforme outre sa propriété calmante, pénètre dans toutes les anfractuosités des clapiers et évite le frottement des bords, de plus, elle absorbe facilement le pus qui reste à la surface du foyer et empêche ainsi son écoulement sur les parties environnantes ; aussi peut-on dire que l'iodoforme est un des meilleurs topiques à employer contre le chancre simple, mais il a un terrible inconvénient, c'est son odeur qui rend son usage presque impossible dans la clientèle civile. Après plusieurs essais complètement nuls pour diminuer cette odeur pénétrante, mon interne en pharmacie a eu l'idée de mélanger l'iodoforme avec la poudre de Benjoin, dans la proportion de 2 grammes d'iodoforme et 2 grammes de Benjoin. Grâce à ce mélange qui ne retire rien aux excellentes propriétés de l'iodoforme, on peut employer cette poudre sans crainte d'avoir une salle entière ou tout un appartement imprégné de cette désagréable odeur.

tant plus la trace du chancre, n'ayant plus de gonflement dans les ganglions de l'aine et il reprit son état de sellier qui exige fort peu de fatigue.

Dans le milieu de juillet, V... ressentit de la douleur dans les aines et très tourmenté il revient à la consultation ; on ne constate aucun gonflement ganglionnaire, l'exploration de la verge et de l'anus ne fait reconnaître aucune lésion, et cet homme, qui se surveille avec grand soin, affirme qu'il n'a rien eu depuis le chancre qui a été soigné au mois de mars.

Malgré les palliatifs qui lui furent ordonnés, cet homme continua à souffrir et à la fin d'août, nous constatons de l'empâtement dans les ganglions des deux côtés. V... revint encore deux fois à la consultation pour nous montrer les progrès de ces bubons et enfin il se décida à entrer à l'hôpital, salle 9, n° 8, le 19 novembre avec deux bubons rouges, violacés, fluctuants.

A droite, le volume de la poche purulente nécessite deux incisions qui servent à introduire un tube à drainage ; à gauche, je ne fais qu'une incision.

Les circonstances dans lesquelles ces adénites s'étaient développées me firent pratiquer une inoculation, le lendemain de l'incision, avec le pus du bubon de droite. Pratiquée le 22 novembre, nous pouvions constater le 24 que le résultat serait positif.

Si je n'avais pas voulu rechercher expérimentalement la nature de ces bubons, la suite de l'observation aurait mis en évidence la présence d'une adénite virulente, car cet homme se fit accidentellement une inoculation sur le front, de plus, les lèvres des deux incisions faites à droite sont ulcérées, et à gauche, le bubon a revêtu la forme phagédénique avec décollement profond de la peau de l'abdomen.

En résumé, voici un homme qui a deux adénites suppurées qui sont bien nettement de nature virulente et dont le point de départ doit être rapporté à un chancre qui était complétement guéri depuis trois mois ; pendant ce laps de temps, cet homme n'éprouve aucun phénomène du côté des ganglions ; à cette époque, se manifeste une douleur assez vive dans les aines pour qu'il vienne nous consulter, le mal augmente et enfin arrivent deux bubons dont l'un va présenter une des formes les plus graves du phagédénisme.

Il est difficile d'admettre que cet homme ait pu avoir un autre chancre simple au mois de juillet, car, très inquiet du chancre qu'il avait eu en Mars, il surveillait avec soin l'état de ses organes génitaux, et de plus nous pouvons dire que nous ne l'avons pas perdu de vue puisqu'à la première douleur survenue dans l'aine, il est revenu de suite à la consultation.

Ce fait m'a paru d'un très grand intérêt et je ne crois pas avoir eu affaire à une de ces anomalies cliniques qui viennent trop souvent nous troubler ; depuis un an que les chancres simples sont redevenus très nombreux, j'ai observé beaucoup plus souvent à la consultation des cas d'adénites suppurées dont il était difficile de découvrir le point de départ. Les malades niaient d'abord toute lésion, puis interrogés avec soin, ils finissaient par déclarer que plusieurs mois auparavant, ils avaient eu une petite écorchure dont la guérison s'était faite très rapidement et à laquelle ils n'avaient attaché aucune importance. Etait-ce un chancre simple très bénin, ressemblant à une vésicule d'herpès? Je serais assez disposé à l'admettre d'autant plus que cette forme de chancre est très souvent inaperçue par le malade et que surtout elle guérit vite. Ce chancre, qui mérite bien le nom de chancre volant que lui donne le public, aurait été la porte d'entrée d'une petite quantité de pus dont l'éclosion serait arrivée longtemps après. Cette longue incubation du chancre ganglionnaire est difficile à accepter lorsqu'on se base sur l'évolution du chancre d'inoculation cutanée, mais il faut bien reconnaître que l'évolution de ce chancre peut présenter des variations qui ne sont pas assez souvent signalées ; ainsi, pratiquant sur le front l'inoculation d'un chancre simple, la pustule caractéristique ne s'est manifestée que le cinquième jour ; dans un cas qui m'a été communiqué par mon excellent collègue M. Simonet, une inoculation faite à l'avant bras a mis presque cinq jours pour apparaître. Il peut donc y avoir dans l'éclosion du chancre inoculé, des différences notables, rien n'empêche donc qu'il en soit de même pour l'éclosion du chancre ganglionnaire, et nous ne savons rien de positif sur le temps nécessaire pour que le travail inflammatoire commence.

J'ai l'intention de poursuivre avec persévérance les faits semblables et j'espère pouvoir réunir d'autres observations qui me

permettront d'établir d'une façon définitive les deux conclusions suivantes, que je me contente aujourd'hui de formuler :

1° Une adénite produite par le transport du pus chancreux peut présenter tous les caractères d'une adénite inflammatoire simple.

2° Le pus chancreux transporté dans des ganglions peut y subir une incubation de plusieurs mois sans manifester sa présence.

---

VI

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU XANTHOMA

Par le Dr **CARRY**,

Chef de clinique à l'Antiquaille (Lyon), service de M. le professeur Gailleton (maladies cutanées et syphilitiques).

---

Sous le nom de xanthoma ou xanthélasma on désigne une maladie de la peau qui se traduit par des productions jaunes sous forme de plaques ou de nodosités tantôt localisées, tantôt étendues à plusieurs régions, et même aux muqueuses, se développant lentement et persistant ensuite indéfiniment, à moins qu'on ne dirige contre elles un traitement chirurgical.

L'histoire de cette maladie est assez récente. Rayer le premier représenta et décrivit en quelques lignes ce qu'il nomme les plaques jaunes des paupières et qui n'est autre chose que la forme la plus commune du xanthoma. C'est en 1851 que parut en Angleterre le premier travail sur ce sujet. Les auteurs, Addison et Gull, relatent cinq observations de cette maladie qu'ils pensaient avoir découverte ; ils la nommèrent vitiligoïdea, à cause de sa ressemblance avec une des variétés du vitiligo de Willan et Bateman, lui reconnurent deux formes, l'une plane, l'autre tubéreuse et signalèrent déjà sa coïncidence habituelle avec l'ictère.

Depuis, outre un second mémoire des mêmes auteurs, plusieurs travaux furent publiés en Angleterre, principalement par E. Wilson qui lui donna le nom de xanthélasma, Hutchinson qui apporte 33 observations personnelles, Pavy, Hilton Fagge, et surtout Pye Smith dont le dernier mémoire, paru en 1877, est le plus complet sur cette matière.

Elle fut également étudiée en Allemagne par Virchow, Simon, Kaposi, etc. (1). En France, les occasions d'observer le xanthoma

(1) Voyez pour les indications bibliographiques concernant les auteurs allemands

furent beaucoup plus rares qu'à l'étranger. Bazin en vit un cas en 1869, sur lequel je reviendrai tout à l'heure, et, ne sachant quel nom donner à cette affection, l'appela: molluscum cholestérique. Dans ces dernières années, on en a observé plusieurs exemples à l'hôpital Saint-Louis, relatés dans la thèse de M. Larraydy (1877), dans la *Gazette des hôpitaux* (1878), (leçon de M. Ernest Besnier), dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* (1878), (communication de M. Hillairet), et enfin dans un mémoire de M. Chambard paru au commencement de cette année dans les *Annales de Dermatologie* (1).

L'étude histologique des productions du xanthoma, déjà poussée très loin en Angleterre et en Allemagne a été faite d'une façon très complète par M. Chambard, qui y a signalé des lésions vasculaires et nerveuses jusque-là ignorées.

Il résulte de tous ces travaux, qu'au point de vue clinique, il faut admettre deux formes de xanthoma, l'une localisée aux paupières, l'autre plus ou moins généralisée sur diverses régions : la première constituée par des plaques, *X. planum*, la seconde constituée par des nodosités, *X. tuberosum*, ou par les deux lésions à la fois.

Le xanthoma localisé aux paupières est celui qui avait été vu par Rayer, et qui a été vu bien souvent depuis. On comprend qu'une affection caractérisée par quelques petites plaques jaunes sur les paupières, ne causant aucune douleur, n'ayant aucune tendance à s'étendre ni à s'ulcérer, ayant tout au plus le léger inconvénient de rendre le visage disgracieux, (d'où le nom de *dachsauge, œil de blaireau*, des Allemands) n'ait pas donné lieu, de la part des observateurs, à une description bien longue.

Ainsi s'explique le silence des dermatologistes français à l'égard de cette difformité des paupières ; les sujets atteints ne sont pas venus les consulter pour si peu, et ce n'est qu'à l'occasion d'autres maladies, principalement de celles des yeux, qu'on a noté en France et à l'étranger cet état spécial des paupières ; ce qui fait que le plus grand nombre des cas publiés se trouvent dans les

et anglais, le *Traité des maladies de la peau* de Hebra, traduit par M. Doyon, article *Xanthoma*, et la thèse d'agrégation de M. Straus : *Des ictères chroniques*. (1878).

(1) La *Gazette des hôpitaux* du 11 octobre 1877 relate en abrégé une très excellente leçon du professeur Potain. (*Note de la Rédaction.*)

revues d'ophtalmologie. Il y a cependant un fait intéressant, signalé déjà par Addison et Gull, c'est qu'il n'est pas rare de voir cette forme localisée, coïncider avec de l'ictère; mais, le plus souvent on la rencontre en dehors de toute coloration ictérique.

*Le xanthoma généralisé* présente beaucoup plus d'intérêt et sa pathogénie est encore entourée d'obscurité. Il est constitué anatomiquement par des tubérosités jaunes, dures, de volume variable isolées ou en groupes, pouvant affecter toutes les régions du tégument externe, mais de préférence les membres, au pourtour des articulations. Ces tumeurs font corps avec le derme dans lequel elles sont enchassées. Elles acquièrent en quelques mois au plus le volume qu'elles conservent dès lors indéfiniment, ne se ramollissent, ni ne s'ulcèrent jamais, et ne sont ordinairement pas douloureuses soit spontanément, soit à la pression. Cependant il peut arriver que les mouvements, les frottements répétés y déterminent de vives douleurs comme chez un des malades dont l'histoire est consignée plus loin. Tantôt cette éruption est absolument uniforme, il n'y a que des tubérosités; tantôt sur certains points et encore sur les paupières, de préférence, on trouve des nappes jaunes sans saillie. Le xanthoma est alors à la fois *planum* et *tuberosum ;* et, si le malade est bon observateur, il explique très catégoriquement que, dans tel point, il n'y avait primitivement qu'une tache jaune et que plus tard elle s'est transformée en tubérosité.

Le xanthoma généralisé est assez rare. Bien qu'il soit impossible d'être très affirmatif à ce sujet, vu la difficulté qu'il y a à se procurer toutes les observations publiées à l'étranger, on peut très approximativement fixer à 25, 30 au plus, le nombre des cas observés jusqu'à ce jour. En France, on n'en a guère publié que cinq observations. La thèse de M. Larraydy sur cinq observations inédites en contient deux de *X. généralisé :* l'une, fort écourtée, a trait au malade observé par Bazin, malade sur lequel je donnerai bientôt des renseignements complémentaires, l'autre est celle d'une fille de 21 ans qui fut traitée par M. Lailler à Saint-Louis. M. Ernest Besnier fit en 1878 une leçon qui a été publiée dans la *Gazette des hôpitaux,* sur un homme d'une quarantaine d'années atteint de X. généralisé. Les deux autres cas, observés dans le service de M. Hillairet, ont été relatés par M. Chambard;

l'un se rapporte à un homme de 42 ans présentant un X. plat et tuberculeux très étendu, l'autre à une femme atteinte de plaques jaunes des paupières, mais ne présentant que deux petites nodosités incolores sur le reste du tégument; de sorte qu'il faut considérer ce dernier cas comme douteux, et admettre que jusqu'ici le *xanthoma généralisé* n'a été observé en France que quatre fois ou que les observateurs n'ont pas publié tous les cas rencontrés. C'est donc par un hasard exceptionnel que j'ai pu dans la même année en observer deux exemples dans les hôpitaux de Lyon.

Toutes les observations de *X. généralisé* que j'ai pu me procurer, signalent la coïncidence de cette affection avec l'ictère. Dans les quatre observations françaises, elle est nettement indiquée. De même dans celles d'Addison et Gull, Pavy, Hilton-Fagge, Hutchinson, P. Smith, Wilson, Legg, Fort, Kaposi.

Le plus souvent l'ictère précède l'apparition des lésions cutanées : quelquefois cependant il est consécutif (observ. de Lailler *in* thèse de Larraydy). De sorte qu'il y avait lieu de se demander si jusqu'ici l'on avait observé un seul cas de *X. généralisé* sans ictère. L'histoire de la jeune fille de l'Antiquaille rapportée ci-après démontre que cette coïncidence n'est pas fatale, et que l'on ne peut pas faire jouer à l'ictère un rôle pathogénique exclusif, puisque à aucune époque cette malade n'en a présenté. De même quand l'ictère est consécutif, sa relation avec le xanthoma est beaucoup plus difficile à déterminer. Au contraire, chez le jeune homme dont l'observation est consignée plus loin, l'ictère paraît avoir joué un rôle prépondérant dans le développement de l'affection cutanée.

Avant de donner le détail de mes deux observations, je transcris ici les renseignements que M. le docteur Carville a eu l'obligeance de m'envoyer au sujet d'un malade qu'il eut occasion de voir à Saint-Louis et qui n'est autre que celui de Bazin, dont M. Larraydy a donné une description succincte dans sa thèse.

En 1869 j'étais interne à l'hôpital Saint-Louis; un jour de consultation se présenta un enfant amené par sa mère. C'était un garçon de 14 ans, très petit, chétif, un véritable avorton, paraissant avoir 10 ans tout au plus, mais très intelligent et déjà employé à la comptabilité dans une maison de commerce.

Cet enfant était d'une couleur jaune verdâtre, claire; il présentait sur les paupières de larges plaques non saillantes ou du moins très peu, d'un jaune orangé plus foncé que la teinte générale de la peau. Outre ces plaques, il

présentait à la face, vers les sourcils et sur les pommettes, des espèces du turbercules plus saillants et moins larges que les plaques et colorés aussi en jaune orange. Sur les mains, les bras, le dos, les jambes et les genoux surtout, nombreux tubercules jaunes plus ou mois saillauts et arrondis.

L'enfant ne souffrait pas. La coloration jaune de la peau datait du plusieurs années ; les tubercules, étaient venus peu à peu sans qu'on s'en aperçût pour aiusi dire, car ils étaient indolores. Ils avaient été précédés par les plaques des paupières : le tout remontait environ à 10 années.

Dès l'enfance aussi, le sujet avait eu un gros ventre sans être malade. L'appétit était très peu développé et cependant les digestions se faisaient bien ; toutefois l'enfant n'aimait pas la viande.

L'examen au moment de la consultation fut très sommaire vu l'affluence des malades, je me souviens seulement que je constatai un *foie énorme* non douloureux.

C'était le premier cas de ce genre que je voyais, car je ne connaissais alors que les plaques jaunes des paupières ; je fus donc très embarrassé et dis au jeune malade de revenir deux jours plus tard. Il revint et je le présentai au docteur Bazin qui me dit que c'était un cas très rare et qu'il serait très satisfait s'il pouvait l'étudier, mais il ne donna pas de nom à la maladie. Je ne pus parvenir à décider ce jeune homme à entrer daus le service de Bazin, et malgré la promesse qu'il me fit de revenir, je ne l'ai jamais revu. Pendant son séjour dans mon cabiuet de la salle Henri IV, il consentit à me laisser ouvrir avec une lancette un des tubercules des avant-bras. La substance épaisse, jaunâtre que je parvins à extraire sur la pointe de la lancette, ne sortit pas facilement de la tumeur, à la manière du contenu d'un lipome ; il fallut une pression assez forte pour en obtenir un petit fragment. L'examinant de suite au microscope et sans autre préparation qu'un très léger écrasement, je ne vis que de la graisse en granulations assez nombreuses ; mais ce qui domiuait c'était de la *cholestérine* en très belles plaques. Je ne pus coustater aucune trame, aucune texture : cela est dû probablement à mon mode d'extraction par pressiou afin de ne pas faire souffrir l'enfant ni lui faire une plaie. Mon attention ne fut pas portée sur les prolongements que les tubercules pouvaient avoir, je me souviens cependant que Bazin me fit remarquer que la peau surchargée de ces tubercules était *mobile*.

J'ai tenu à rapporter in extenso ces détails que M. Carville a eu la bonté de me fournir, parce qu'ils se rapportent au premier malade atteint de xanthoma généralisé qui ait été signalé à Saint-Louis. Il est probable que cet enfant se décida plus tard à entrer dans le service de M. Bazin, et que c'est alors que fut prise son observation telle qu'elle est relatée dans la thèse de M. Larraydy.

J'aborde maintenant l'histoire d'un malade que M. le professeur Lépine a possédé un mois dans son service, et de l'observation duquel il a bien voulu me confier la rédaction.

*Xanthoma planum et tuberosum généralisé. Cirrhose alcoolique du foie, ictère. Athérome artériel. Insuffisance aortique athéromateuse.*

Joseph Gr... né à Valence, habitant Tarare où il exerce actuellement la profession d'apprêteur, âgé de 31 ans, entre le 13 juin 1879 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte-Elisabeth n° 44 : service de M. le professeur Lépine.

Pas d'antécédents pathologiques cutanés ; au point de vue de l'hérédité, son père mourut subitement à l'âge de 48 ans d'une rupture d'anévrysme au dire du médecin qui fut appelé lors de cet accident. Sa mère vit encore et jouit d'une santé parfaite. Il a un frère et deux sœurs qui se portent très bien. Jamais il n'a entendu dire qu'il y ait eu dans sa famille ni maladie de peau ni maladie de foie.

Ses antécédents morbides personnels se bornent à une fièvre typhoïde bénigne qu'il eut à l'âge de 10 ans, et à une adénopathie indolente et peu volumineuse des ganglions sous-maxillaires qu'il garda de 14 à 18 ans, sans qu'elle fût déterminée ni entretenue par des lésions cutanées.

Employé dans une imprimerie à 13 ans, il alla ensuite en condition jusqu'à la déclaration de la guerre. Il fit alors campagne, coucha souvent sur la terre humide, sans autre inconvénient qu'un peu de bronchite. De 22 à 28 ans il fut garçon de café à Tarare, c'est alors qu'il contracta l'habitude de boire du vermouth et des liqueurs à jeun, et de la bière dans la journée en assez grande quantité. Son appétit diminua, et il eut des vomissements glaireux le matin.

Depuis l'âge de 28 aus, c'est-à-dire depuis 3 ans et demi, il exerce la profession d'apprêteur sur étoffes. Bien qu'il eût changé de profession, il continua à boire de l'eau-de-vie le matin. Il y a deux ans et demi il devint malade, et dut garder le lit pendant trois semaines; il éprouvait des douleurs vives dans la région lombaire, il eut de la céphalalgie, de l'anorexie, et la face prit une teinte verdâtre ; la peau jaunit et une éruption sèche, très prurigineuse se développa sur les mollets en même temps qu'un œdème léger des membres inférieurs.

Ces symptômes disparurent sauf la coloration jaune de la peau; il reprit son travail et ses habitudes alcooliques. Un peu plus d'un an après, c'est-à-dire il y a environ 15 mois, apparurent sur le coude et le genou droits du côté de l'extension des groupes de petites tumeurs jaunes qui en deux à trois semaines acquirent le volume qu'elles présentent aujourd'hui. Dans les 4 ou 5 mois qui suivirent, des groupes semblables apparurent du côté gauche puis sur les fesses : des plaques jaunes se montrèrent sur les membres et sur la face. Il n'y a que trois mois que l'éruption est complète et qu'il n'a plus vu apparaître de nouvelles plaques. Depuis un an, le ventre s'est tuméfié, sans douleur du côté du foie; il a de temps en temps des douleurs passagères dans les grandes articulations; et, les troubles dyspeptiques sont allés en augmentant. Sous l'influence de la haute température des ateliers où il travaillait, il transpirait beaucoup, buvait abondamment et l'amaigrissement fi des progrès rapides. Le malade estime aujourd'hui qu'il a perdu 10 kilogrammes de son poids, ce qui est considérable, car il ne pèse actuellement que 55 kilogrammes. La face a pris peu à peu une teinte olivâtre plombée, qui est restée stationnaire depuis 4 mois. Le frottemeut continuel des vêtements mouillés sur les coudes et les genoux, les efforts pour charger et décharger des pièces d'étoffes, ont rendu les tubercules et les plaques jaunes

très douloureuses à la pression et l'ont forcé à cesser son travail. D'autre part ses forces avaient diminué, il avait de l'essoufflement dès qu'il faisait des efforts un peu soutenus ; il dut quitter son atelier au commencement du mois de juin et quelques jours après entra à l'Hôtel-Dieu.

A son arrivée, on constate que cet homme est amaigri et paraît chétif. Il ne garde pas le lit et se sent encore vigoureux ; il dit qu'il est capable de marcher pendant plusieurs heures sans se fatiguer. La peau présente une teinte jaune ictérique générale que l'on retrouve sur la muqueuse buccale et les conjonctives. La face est olivâtre et plombée. L'appétit est assez bien conservé et les digestions normales.

L'examen de l'abdomen donne les résultats suivants : un peu de ballonnement, légère sensation de flot à la percussion, par conséquent un peu d'ascite. Voussure de l'hypocondre droit et de l'épigastre. Matité hépatique très étendue débordant les fausses côtes et descendant jusqu'au-dessus de l'ombilic ; rate également très tuméfiée et matité débordant le rebord costal en bas et en avant dans l'hypocondre gauche. Pas de douleur au niveau de ces viscères, soit à la percussion, soit à la pression.

Du côté du cœur pas de voussure précordiale, pas de palpitations cardiaques. La pointe bat dans le 6e espace, un peu en dedans du mamelon. Rien à la palpation ni à la percussion. A l'auscultation, souffle doux diastolique et un peu prolongé, ayant son foyer à droite du sternum et se propageant dans les carotides. Pas de souffle systolique. Pouls plein régulier un peu bondissant, dépressible ; affaibli quand on élève le bras. Plateau athéromateux au sphygmographe. Rien du côté des poumons. Urine foncée, d'abondance normale, contenant des matières colorantes biliaires, en assez grande abondance.

La moyenne de l'urée a été de 17 grammes par litre, celle de l'acide phosphorique total, de 1gr,83 dans 6 analyses.

Ainsi ce malade est atteint de cirrhose alcoolique du foie avec insuffisance aortique et athérome artériel.

Je passe maintenant à la description des lésions cutanées.

Le malade était apprêteur depuis deux ans quand elles se sont montrées : l'étiologie paraît très nette. Le malade avait de l'ictère chronique ; dans son métier des frottements répétés s'exerçent sur les coudes, les genoux et les mains, pendant les efforts pour soulever des pièces d'étoffe. C'est sur ces régions que l'affection a débuté. Souvent elles étaient le siège de démangeaisons, d'écorchures ; puis les productions jaunes se sont peu à peu développées sur les points irrités d'abord, sur d'autres ensuite, et leur maximum de développement correspond aux régions où les frottements étaient les plus rudes et les plus prolongés.

L'éruption est distribuée sur les membres, la tête, le cou et le scrotum. Le tronc n'en présente pas trace, non plus que la conjonctive ni la muqueuse buccale.

Elle est disposée *symétriquement* avec prédominance du côté droit et affecte les deux formes plane et tubéreuse.

Les tubérosités sont disposées en nappes et en petits groupes, quelques-unes sont isolées.

On les trouve groupées en nappes sur les fesses, qu'elles recouvrent complètement, sur la face antérieure des genoux et sur la face postérieure des coudes. Au centre de ces amas elles sont grosses comme un pois quelquefois comme un noyau de cerise, et se touchent par leurs bords ; à la périphérie

elles sont plus petites et laissent entre elles des espaces de peau tantôt saine, tantôt atteinte de X. planum. Tout autour des groupes, on en trouve de plus petites ne dépassant pas le volume d'un grain de mil, et disposées irrégulièrement.

Elles sont réparties en petits groupes de quatre ou cinq, sur la face externe de la jambe gauche, sur la face dorsale des deux pieds le long du tendon du gros orteil, sans lui adhérer ni se mouvoir avec lui.

Enfin on en trouve d'isolées sur la face postérieure des bras et des avant-bras et sur la surface externe du pavillon de l'oreille des deux côtés.

Ces tumeurs sont arrondies, ordinairement hémisphériques, mais quelquefois aplaties comme aux fesses. Elles sont solides, souples, élastiques, et à surface lisse. Les plus grosses ne dépassent pas le volume d'un noyau de cerise, les plus petites sont de simples points formant une très légère élevure qui ne s'apprécie qu'au toucher. Elles sont enchâssées dans la couche superficielle du derme avec lequel elles font corps : la peau qui les supporte est mobile sur les parties profondes. L'épiderme qui les recouvre est normal. Leur couleur est jaune chamois ; dans les points qui ont subi le maximum de frottement elle est brunâtre.

Le malade n'y ressent aucune douleur spontanée, mais la pression, les chocs y causent de vives douleurs avec engourdissement analogues à celles que produit la contusion du nerf cubital par choc sur l'épitrochlée.

Il y a quelques mois le malade ne pouvait s'asseoir, tant la pression sur les tubercules des fesses était douloureuse. Aujourd'hui, il peut rester assis sur un siège rembourré sans souffrir, mais il lui est impossible de se mettre à genoux.

La forme plane se montre en grandes plaques sur la paume des mains et les avant-bras surtout du côté droit, sur le pli de la saignée, et sur l'épaule droite où il portait habituellement des fardeaux, tandis qu'on n'en trouve pas sur l'épaule gauche : sur la face palmaire des mains les plaques ne sont pas continues, mais formées de bandes d'un jaune clair qui suivent exactement les plis palmaires alternant avec des bandes plus minces de peau normale.

La même disposition se retrouve sur toutes les faces des doigts au niveau des plis articulaires, sur le scrotum qui est zébré horizontalement de minces bandes alternativemeet jaunes et brunes, et enfin au pourtour de l'anus dont les plis radiés alternativement jaunes et bruns forment une sorte de fraise à la Henri IV.

On trouve des plaques plus petites sur les jambes, sur la nuque du côté droit seul, et enfin sur les paupières supérieures où elles affectent cette disposition qui a été le plus souvent figurée et décrite, en bande claire partant du grand angle et tranchant sur la coloration sombre de la paupière ; ce qui lui a fait donner le nom d'*œil de blaireau*.

Enfin on voit encore, disséminées çà et là, surtout autour des grandes plaques et des îlots de tubercules un semis peu serré de points jaunes.

Ces plaques jaunes ont pour caractères objectifs d'être irrégulières, tantôt en carte de géographie tantôt en bandes allongées, d'être planes et de niveau avec la peau saine, à bords nettement limités, tranchant sur la couleur normale de la peau. Elles sont lisses et molles au toucher et paraissent formées d'une multitude de points jaunes agglomérés et cohérents : l'épiderme y est normal, sauf la couleur, et le derme n'est pas épaissi à leur niveau.

Le malade ne ressent aucune douleur spontanée, mais dans les points où

s'exercent de fortes pressions comme dans la paume des mains, le poids des objets lourds y détermine une vive douleur.

Les divers modes de sensibilité explorés méthodiquement chez ce malade n'ont pas révélé des altérations bien remarquables. La piqûre d'épingle est un peu plus douloureuse au niveau des tubercules que sur la peau saine. Au niveau des plaques jaunes la sensibilité au contact est normale, mais au niveau des tubercules il y a un intervalle minime mais appréciable entre le moment du contact et celui où l'impression est perçue. La sensibilité thermique ne présente aucune modification.

En dehors de la douleur à la pression, il n'y a aucun symptôme subjectif anormal; ni chaleur, ni fourmillements, ni prurit. Le malade a des démangeaisons du fait de son ictère et même un peu d'érythème desquamatif au haut des cuisses. Mais il n'en ressent jamais au niveau des régions occupées par l'éruption. L'exhalation sudorale paraît normale, sauf à la paume des mains qui est plus sèche que d'habitude. Depuis qu'il est à l'Hôtel-Dieu, l'état général de ce malade s'est beaucoup amélioré, et il demande sa sortie. Les coudes, les genoux et les fesses ont été photographiées, de grandeur naturelle, et ces planches, ainsi que deux autres réduites, représentant le sujet en entier l'une vu de dos, l'autre vu de face, font partie de la collection de la clinique de l'Antiquaille.

Indépendamment de la généralisation du xanthoma que l'on ne trouve nulle part portée à un si haut degré dans les observations que j'ai réunies, ee malade est remarquable à plus d'un titre.

La eoexistenee des tubereules et des plaques sur les membres, le développement des tubereules sur les plaques elles-mêmes, en quelques points, viennent eonfirmer l'opinion des dermatologistes qui eonsidèrent le X. planum et le X tuberosum, malgré la différenee de lésion élémentaire (maeule d'une part, tubereule de l'autre) eomme deux modes ou deux degrés d'une mêms maladie. L'étude histologique montre du reste que le proeessus est le même dans les deux cas; il consiste en une désintégration granulo-graisseuse spéeiale des eellules du tissu eonjonetif sur laquelle nous reviendrons, et l'on a l'une ou l'autre forme, suivant que le tissu eonjonetif du derme réagit à peine, ou qu'au eontraire il prolifère aetivement et tend à la selérose. Au point de vue purement elinique, il est bon de eonserver les deux formes, *X. localisé, X. généralisé*, puisque dans la première l'état général est ordinairement parfait, et qu'on ne peut guère ineriminer que certaines sympathies obseures (lésions utérines?) ou l'hérédité (Chureh) eomme eause pathogénique, tandis que la seeonde se relie probablement à une maladie du foie dans la plupart des eas. Mais il est bien établi que l'on ne peut séparer la forme *plane* de la forme *tubéreuse*,

et les eonsidérer eomme deux éruptions de nature différente. Les reeherches mierographiques, et les quelques observations analogues à la préeédente, où l'on a noté la coexistenee des deux ordres de lésion, ont mis ee fait hors de doute.

L'histoire de notre malade a mis suffisamment en lumière ee fait important, qu'on ne trouve guère ehez lui les produetions jaunes que dans les régions dont la peau a été irritée par des pressions ou des frottements répétés, telles que eoudes, genoux, épaules, plis palmaires, plis radiés de l'anus, serotum, ete. Il n'y a que les tubercules du pavillon de l'oreille, à l'égard desquels on puisse eontester l'influenee de eette eause oeeasionnelle. Phénomène remarquable qui vient eneore eorroborer eette manière de voir, e'est que les nappes des tubereules siègent du eôté de l'extension des membres et sur les saillies osseuses, e'est-à-dire dans les points qui ont subi le maximum d'irritation, tandis que, du eôté de la flexion, naturellement plus protégé, on ne reneontre que des plaques ou des bandes jaunes.

Les plaques des mains et surtout les tubereules des coudes, des genoux et des fesses sont douloureux à la pression. Ce fait trouve son explieation dans les lésions des nerfs. M. Chambard a eonstaté en effet sur des eoupes de xanthoma, l'épaississement et la soudure des feuillets de la gaine lamelleuse des faiseeaux nerveux primitifs ainsi que du tissu eonjonetif interfascieulaire : e'est-à-dire les lésions de la périnévrite et de l'endonévrite seléreuses. A un degré plus avaneé, il a vu la gaine lamelleuse infiltrée par des granulations graisseuses et même dissoeiée par des amas granuleux de même nature.

Outre l'épaississement de la membrane fibreuse des glandes sébaeées et sudoripares, lésion déjà eonstatée depuis longtemps et qui a donné lieu à une eoneeption erronée de Hebra, de Simon, de Neumann qui primitivement ont eru que le xanthoma eonsistait en une lésion glandulaire, M. Chambard a trouvé sur eertaines préparations les lésions de l'endartérite pouvant aller jusqu'à l'oeelusion du vaisseau, et eelles de la periartérite seléreuse. C'est probablement à ees altérations vaseulaires qu'il faut rattaeher ee phénomène spéeial, que les produetions du xanthoma sont eomme anémiées, que la pression du doigt n'y détermine pas cette pâleur fugaee qu'elle produit sur la peau saine, et que les

frottements même énergiques n'y font pas apparaître de rougeur congestive bien évidente.

Notre malade, comme probablement tous les sujets atteints de *X. généralisé* observés jusqu'à ce jour, a en même temps de l'ictère. Comme c'est la règle aussi, chez lui l'ictère, qui est ici symptomatique d'une cirrhose alcoolique, a précédé l'éruption. De sorte qu'il est rationnel de faire jouer au pigment biliaire infiltrant la peau, un rôle de cause à effet dans le développement de sa dermatose. Quant au mode d'action de l'ictère, il faut reconnaître que nous ne pouvons guère qu'émettre à ce sujet des hypothèses d'autant moins plausibles que, dans quelques cas, le rapport est renversé, et que l'ictère n'est apparu que longtemps après l'éruption cutanée. Voici toutefois les diverses explications que l'on a proposées.

Tout d'abord la coloration jaune du xanthoma a été considérée comme due à des localisations du pigment biliaire et Hutchinson, Hilton Fagge, l'ont rapportée à une forme de lésion hépatique. L'observation micrographique est venue ruiner cette hypothèse, en montrant que les productions jaunes ne sont pas constituées par ce pigment, en même temps qu'elle mettait à néant l'idée primitivement émise par E. Wilson, celle d'une dégénérescence jaune du corps muqueux de Malpighi. Il est maintenant démontré que la coloration jaune est due à une dégénérescence spéciale des cellules plasmatiques qui, sous l'influence d'une irritation dont le point de départ est inconnu, subissent la transformation trouble, prolifèrent activement, s'infiltrent de fines granulations albumino-graisseuses jaunâtres et s'arrêtent à ce stade de régression, sans se résorber ni se collecter en une masse réfringente homogène comme dans la vésicule adipeuse normale. Ce sont ces cellules granuleuses répandues de toute part entre les mailles du tissu conjonctif dont les faisceaux subissent à leur tour une prolifération active, qui donnent aux productions du xanthoma leur coloration particulière. Mais en quoi consiste cette dégénérescence? le principe colorant de ces granulations est-il un composé chimique défini? N'y a-t-il pas d'autres éléments de coloration anormale? Autant de questions non résolues jusqu'ici et sur lesquelles les recherches consignées plus loin à propos de l'examen chimique et microscopique de tumeurs jaunes, jetteront un nouveau jour.

De ce qui précède il faut retenir ceci, c'est que l'hypothèse de la coloration par le pigment biliaire n'est plus admissible. Hilton Fagge qui l'avait adoptée, considère aujourd'hui le xanthoma comme une conséquence de l'irritation chronique de la peau par l'imprégnation biliaire. Mais c'est une nouvelle hypothèse qui ne repose pas sur des fondements bien solides, car on ne s'explique pas pourquoi, s'il en est ainsi, le xanthoma reste une rareté pathologique, alors qu'il y a tant d'ictères chroniques.

M. Potain pense que les amas ds cellules granulo-graisseuses sont dus à une diminution de la faculté d'oxydation des matériaux assimilables consécutive à une maladie hépatique (Thèse de Strauss). Cette manière de voir est passible de la même objection que la précédente. En définitive il faut avouer que la relation de cause à effet entre l'ictère et le xanthoma nous échappe absolument. Si, chez notre malade, l'irritation habituelle de la peau infiltrée du pigment biliaire paraît avoir été la cause occasionnelle de la maladie, cette circonstance manque dans plusieurs autres cas où le xanthoma s'est développé, alors qu'il n'y avait pas d'irritation occasionnelle; et même alors qu'il n'y avait pas d'ictère prédisposant. Quoiqu'il en soit, ce malade est un type clinique, en quelque sorte classique, du xanthoma généralisé, le plus complet peut-être qui ait été vu. Il était d'autant plus utile de l'étudier en détail, que je vais maintenant rapporter l'histoire d'une jeune fille chez qui cette maladie a présenté des caractères et des lésions tout à fait insolites.

*Xanthoma tuberculeux discret. Tumeurs sous-cutanées ayant pour origine des tubercules jaunes. Extirpation, examen histologique. Pas d'ictère.*

Ch... Marie, née à Chasse (Isère), actuellement âgée de 10 ans et demi (1er juillet 1879), est entrée il y a un peu plus d'un an (22 mai 1878), à la clinique de l'Antiquaille.

M. le professeur Gailleton a vu pour la première fois cette malade, il y a trois ans (23 mai 1876), et il recueillit à cette époque des détails sur son histoire que je vais d'abord transcrire.

Cette enfant est de constitution assez bonne; taille ordinaire, yeux bleus, cheveux châtains, teint hâlé par le soleil, peau fine. Elle n'a jamais été malade, elle habite chez ses parents qui sont cultivateurs et paraissent jouir d'une bonne santé. Elle a deux frères, l'un âgé de 9 ans, l'autre de 5 ans, qui se sont toujours bien portés. Pas trace de maladie semblable à celle de cette jeune fille dans la famille.

Elle porte des tumeurs sur différents points des membres.

*Membres supérieurs.* — Sur la main droite, dans le 2e et le 4e interstice digital, on trouve deux poiuts ronds de 3 millimètres de diamètre, d'un jaune de chrome, faisant une légère saillie, eomme une verrue aplatie ; le centre est un peu plus élevé et plus transparent que le bord qui est nettement limité par la peau saine. Ces petites tumeurs font corps avec la peau. Elles ont débuté il y a 6 mois. Sur la face palmaire de l'articulation du poignet, petite tumeur en tout semblable aux précédentes.

Sur la main gauche, petite tumeur jaune de même nature, allongée transversalemeut (4 millimètres sur 2) intimement unie à la peau, siégeant dans l'espace interdigital qui sépare le pouce de l'index, et ayant aussi débuté il y a 6 mois.

A la partie supérieure du bord cubital de la maiu gauche, il existe une petite masse du volume d'un haricot, d'une couleur plus jauue que les tumeurs précédentes et faisant une saillie plus considérable. La peau y est adhérente à la surface, mais la tumeur est mobile sur les parties profondes et assez denses au toucher. Les plis de la peau qui la recouvre s'y enfoncent à intervalles réguliers, ce qui lui donue un aspect vermiforme. Sur le côté interue de cette tumeur il y en a uue plus petite qui paraît s'être soudée avec elle par juxtaposition. Le début remonte à deux ans.

Le coude droit présente une tumeur grosse comme deux amandes, paraissant entièrement sous-cutanée et qui roule sous le doigt. Sa consistance est fibro-ligneuse non homogène. Paraissant composée de trois parties dures, réunies par des brides fibreuses, cette tumeur fait une saillie très appréciable à la façon d'un lipome.

Le coude gauche porte uue tumeur semblable, un peu plus petite, paraissant également composée de trois tumeurs distinctes, très dures au centre, comme cartilagineuses.

La peau y adhère intimemeut à la surface, et la tumeur est très mobile sur les parties profondes. Ces tumeurs des coudes augmentent sensiblement de volume depuis quelque temps.

Au niveau de l'extrémité supérieure du pli interfessier et sur la ligne médiane on trouve plusieurs petites tumeurs semblables. La plus grosse a le volume et la forme d'un cotylédon de grosse amande reposant sur sa face plane. La surface convexe est saillante, très jaune, coupée de lignes et de sillons, comme les circonvolutions cérébrales ; tout autour, petites tumeurs indépendantes grosses comme des grains de chènevis. Elles sont d'un jaune de favus ancien ; au-dessous de cette pléiade, quelques autres petites tumeurs isolées, d'un jaune plus clair. Les parents affirment que dès la naissance il y avait déjà une de ces petites tumeurs dans le pli interfessier.

Au haut de la cuisse gauche, dans le pli fessier, il existe une masse assez considérable, plate, exubérante et pédiculée comme un champignon. La peau est rouge au centre par suite de pressions répétées, elle présente des plis nombreux, et à la palpation on sent des lobules durs juxtaposés. Cette tumeur a débuté vers l'âge de deux ans par une petite saillie semblable à celles du sillon interfessier et a peu à peu acquis le volume qu'elle présente aujourd'hui.

Le genou droit porte à sa partie antérieure une tumeur aplatie de même nature, au niveau de l'insertion du tendon rotulien.

Enfin les deux pieds présentent des lésions tout à fait symétriques consis-

tant en une tumeur dure lobulée située en arrière et à l'insertion du tendon d'Achille, très adhérente à ce tendon et au périoste du calcanéum, et une autre tumeur coiffant la malléole interne. Ces tumeurs sont plus grosses du côté droit, elles ont nécessité la confection de bottines spéciales pour ne pas gêner la marche.

Tels sont les détails recueillis il y a trois ans par M. Gailleton qui enleva une des petites tumeurs de la rainure fessière pour en faire l'examen histologique.

A son entrée à l'Antiquaille, il y a un an, cette malade présente les mêmes tumeurs dans les mêmes points, seulement plusieurs d'entre elles, surtout celles des coudes, ont considérablement augmenté de volume. Il ne s'en est pas montré de nouvelles depuis, sauf peut-être une petite de 4 millimètres de diamètre en dehors de la rotule gauche, et une autre de même volume sur la fesse droite.

Ces tumeurs peuvent être réparties en deux groupes : les *intra-dermiques* et les *sous-cutanées*.

Les *intra-dermiques* siègent entre les doigts et à la partie inférieure des avant-bras, dans les points ci-dessus désignés (il y en a trois à droite et trois à gauche), dans le sillon interfessier où l'on en trouve trois et la cicatrice déprimée de celle qui a été enlevée et qui n'a pas récidivé, sur le bord externe de la rotule gauche où il y en a une petite acuminée, et enfin dans le pli fessier gauche où se trouve une masse allongée d'un jaune brun, couverte de plis séparant des lobules très distincts au doigt, ayant la forme d'un champignon à large pédicule et mesurant 5 centimètres et demi de longueur sur 2 de large.

Ces tumeurs sont caractérisées par une saillie jaune de chrome à surface plissée, gaufrée. Elles sont aplaties, et lobulées au toucher comme si une plaque saillante s'était formée par la soudure de plusieurs petites tumeurs primitivement isolées. L'épiderme qui les recouvre est intact, leurs bords s'élèvent assez brusquement au-dessus du niveau de la peau et tranche sur elle par la couleur jaune nettement accentuée. Elles sont enchâssées dans la peau, mais très mobiles avec elle sur les parties profondes et n'ont subi qu'un accroissement peu marqué depuis deux ans. La pression, les chocs n'y déterminent aucune douleur, la sensibilité y est intacte dans ses divers modes. — Les *tumeurs sous-cutanées* sont disposées symétriquement : on en trouve une sur chaque coude, une derrière chaque talon et une sur chaque malléole interne ; seule celle qui surmonte à droite le ligament rotulien n'a pas son homologue du côté opposé. La plus grande partie de leur masse est sous-cutanée et la peau glisse facilement sur elle, mais on trouve un espace de un centimètre de diamètre où elles font corps avec le derme, c'est-à-dire qu'en ce point la tumeur sous-cutanée adhère à la peau par une sorte de pédicule, et on y voit une saillie jaune gaufrée présentant les mêmes caractères que les tumeurs intra-dermiques. Cette saillie siège sur le point culminant de la tumeur aux coudes. Au talon, elle est dissimulée dans le pli profond que forme en ce point la peau saine soulevée par la masse morbide. Cette disposition est très facile à constater, et les renseignements fournis, soit par la jeune fille soit par ses parents, permettent d'affirmer que le point de départ a été la petite tumeur jaune semblable à celles des espaces interdigitaux ; et que la tumeur sous-cutanée n'a été que l'expansion de cette lésion primitive,qui, au lieu de se diriger vers

la surface libre comme cela s'est fait pour la tumeur en champignon du haut de la cuisse, s'est développée sous le ligament et l'a soulevé à la manière d'un lipome. Ainsi ces tumeurs sont formées de deux parties : une petite partie intra-dermique, jouant le rôle de pédicule, et une partie volumineuse sous-cutanée, développée secondairement. Sur chaque coude la tumeur est grosse comme un œuf de poule, forme une saillie épaisse de 4 à 5 centimètres et mesurant 8 centimètres de long sur 5 de large. Elle paraît se mouvoir facilement sur les parties profondes et, par la palpation, on y trouve plusieurs lobules à centre très dur.

Au-dessus de chaque talon la tumeur a la forme d'un rectangle allongé dans le sens vertical mesurant 4 centimètres de longueur sur 2 de largeur et fait saillie de 1 centimètre en arrière. Le bord inférieur, élevé de 2 centimètres au-dessus du niveau du sol quand le pied repose à terre, correspond à l'insertion du tendon d'Achille, le bord supérieur qui se raccorde par un coude brusque avec la peau saine en est séparé par la bande jaune, point d'origine de la néoformation. La peau glisse assez facilement sur cette tumeur qui est partagée en trois parties par deux plis horizontaux. A la palpation on y sent des noyaux durs et on la trouve solidement unie au tendon d'Achille qui l'entraîne dans ses mouvements.

Une tumeur de même volume, sans changement de couleur à la peau est soudée au tendon rotulien gauche au-dessus de la tubérosité antérieure du tibial.

Enfin chaque malléole interne est coiffée par une tumeur en forme de calotte épaisse, qui en paraît séparé par une bourse séreuse. Au toucher on y sent de la fausse fluctuation ; la peau qui la recoutre est saine, très adhérente et colorée en jaune clair surtout à la périphérie ce qui montre que ces tumeurs sont de même nature que les précédentes.

Jamais de douleur ni spontanée ni à la pression ; la marche seule est un peu gênée à cause des frottements de la chaussure sur les tumeurs du tendon d'Achille.

L'état général est excellent. La coloration générale de la peau est d'un jaune d'ocre, plus marquée sur le visage et le tronc, que sur les membres, mais *il n'y a pas d'ictère*, MM. les professeurs Galleton et Pierret l'on minutieusement examinée à ce point de vue ; ils ont reconnu une pigmentation brune de la peau plus accusée qu'à l'état normal, mais pas de coloration biliaire ni sur la peau ni surtout sur la conjonctive bulbaire et la muqueuse buccale. Le foie est absolument normal ainsi que la rate.

L'urine a été examinée à plusieurs reprises soit à l'Antiquaille soit au laboratoire de M. Cazeneuve et jamais on n'y a trouvé la moindre trace de matière colorante biliaire.

Les analyses n'ont rien révélé d'anormal sauf un abaissement du chiffre de l'urée qui a été trouvée dans la proportion moyenne de 7 grammes par litre.

Depuis un an que cette malade est à la clinique, on n'a constaté aucun changement ni dans son état général ni dans le volume de ses tumeurs. Après en avoir pris plusieurs dessins, on a enlevé la tumeur du coude droit et le champignon de la fesse en une séance, et la tumeur du coude gauche en une autre. La dissection de ces tumeurs a été laborieuse aux coudes parce qu'elles émettaient des prolongements entre les aponévroses de séparation des muscles épicondyliens et adhéraient au périoste du cubitus. La cicatrisation

a été un peu tardive parce que, malgré l'immobilisation dans un bandage silicaté percé d'une fenêtre au niveau de la plaie, la réunion des lambeaux cutanés par première intention ne s'est faite qu'en des points limités. Fait remarquable : pendant les dix premiers jours après l'opération le pus était coloré en jaune clair et les pièces de pansements colorées en jaune plus foncé.

Examinées à l'état frais, ces tumeurs sont homogènes, élastiques, rénitentes, la coupe est uniformément jaune d'ocre ; on ne constate pas les parties dures et les parties molles que la palpation fait sentir, il semble qu'on a sous les yeux un tissu homogène fibreux. La pression n'y fait soudre qu'un peu de suc jaunâtre trouble ne contenant que des débris de cellules et de fines granulations réfringentes.

Une partie des tumeurs enlevées a été remise à M. le professeur Pierret qui en a fait des coupes, après durcissement, et a trouvé soit dans la peau, soit dans la tumeur proprement dite, les lésions déjà signalées par les auteurs anglais et allemands et par M. Chambard. Mais il y trouve de plus de nombreux amas de cristaux difficiles à définir et qui n'avaient pas encore été signalés dans la structure de ces néoformations. Voici du reste, pour plus de précision, la note que m'a dictée M. Pierret à ce sujet :

« La tumeur est constituée par un stroma de larges faisceaux onduleux de tissu conjonctif, à la surface et dans les interstices desquels on reconnaît une évolution active des cellules de revêtement. Cette évolution qui paraît tendre vers la production de vésicules adipeuses semble s'arrêter à l'infiltration granulo-graisseuse, sans que la graisse se collecte en un liquide huileux. A ce stade de l'évolution, les cellules gonflées et groupées les unes contre les autres affectent très souvent une disposition épithélioïde, et ressemblent en certains points à des cellules hépatiques. Il semble qu'à une période plus avancée, ces cellules se détruisent complètement, y compris leurs noyaux. Le résultat de cette destruction n'est autre que l'accumulation dans les mailles du tissu nouveau, de substances graisseuses d'aspect variable, souvent cristallin ; et ceux de ces cristaux qui sont les mieux définis présentent les caractères morphologiques de la tyrosine. — D'autre part on peut affirmer que ces cristaux appartiennent réellement au tissu morbide, il n'y a aucun réactif ou liquide de durcissement employé en histologie qui donne lieu à la formation de cristaux de ce genre.

« Les glandes de la peau ne paraissent prendre aucune part à la formation de ces amas graisseux, qui donnent au tissu sa coloration jaune.

« Enfin on trouve à la partie profonde du corps muqueux dans les cellules épithélioïdes une substance granuleuse, d'un brun roux, qui constitue le premier terme d'un processus pathologique entraînant une mélanodermie légère. »

Une autre partie des tumeurs a été remise à M. le professeur Cazeneuve, l'agrégé de chimie qui a eu l'obligeance d'en faire l'analyse et de nous donner la note suivante.

« Notre investigation a porté sur deux tumeurs de la grosseur d'une noix qui nous ont été envoyées par M. Gailleton. Ces tumeurs restèrent quelques jours en macération dans l'alcool. Ce liquide se colora légèrement en jaune. Chassé par distillation à une douce température, l'alcool laisse un résidu aqueux comme mucilagineux donnant au microscope l'aspect de la lecithine gonflée dans l'eau. Reprenant par l'alcool fort, traitant ensuite par le bichlorure de

platine, nous avons eu un précipité floconneux jaune qui à l'analyse nous donne du phosphore. Le chloroplatinate de lecithine s'est dissous dans l'éther. La petite quantité obtenue n'a pas permis d'en faire une analyse plus approfondie, mais les quelques caractères que nous avons pu apprécier suffisent pour affirmer que le xanthoma contient de la lecithine.

« Ce fait intéressant nous a rappelé qu'il y a quelques temps, M. Dastre a prouvé que la lecithine apparaît dans la dégénérescence graisseuse du foie par intoxication phosphorée ou arsenicale.

« M. le professeur Pierret avait reconnu au microscope, dans ces tumeurs, des cristaux qu'il prit pour de la tyrosine. L'analyse chimique a confirmé cette observation. En évaporant au bain-marie le liquide alcoolique provenant de la macération du xanthoma jusqu'à consistance sirupeuse, et agitant ensuite avec de l'éther, on trouve que ce dernier soumis à l'évaporation abandonne des aiguilles extrêmement fines qui ont tout à fait l'aspect des aiguilles de tyrosine. Elles sont solubles dans l'eau ammoniacale. Il eût été désirable, pour compléter cette analyse, qu'on pût disposer d'une quantité de matière plus considérable. Peut-être aurais-je pu égalememnt constater la présence de la leucine qui accompagne si fréquemmeut la tyrosine.

« La matière colorante jaune me paraît être analogue à ce qu'on appelle la lutéine qui se trouve dans le jaune d'œuf et dans le sang. Je n'ai pas trouvé de pigment biliaire. Les autres substances constatées dans ces tumeurs sont de la graisse et des matières albuminoïdes. »

Cette observation diffère beaucoup des cas de xanthoma généralisé observés jusqu'ici. Il est facile de s'en rendre compte en comparant le mode de développement et la marche des lésions chez cette enfant et chez le jeune homme dont l'histoire a été rapportée ci-dessus.

Les premières tumeurs se sont montrées peu après la naissance, peut-être même pendant la vie intra-utérine.

Chez l'enfant observé par M. Carville, la maladie avait débuté vers l'âge de 6 ans ; chez notre jeune fille, le début est bien plus précoce. Chez le premier comme chez le malade de M. Lépine, il y avait une lésion du foie et de l'ictère. Notre jeune fille n'a pas de lésion du foie, son état général est excellent, son appétit bien développé, elle a la taille moyenne de son âge, n'est ni amaigrie ni chétive et surtout elle n'a pas d'ictère. Elle présente seulement une sorte de xanthodermie, due à une plus grande proportion du pigment normal dans la couche profonde des cellules malpighiennes, ainsi que l'a constaté M. Pierret.

La maladie n'existe chez elle que sous la forme tubéreuse. Elle n'a jamais eu de plaques jaunes, les paupières sont indemnes, et les tubérosités siègent surtout sur des points saillants ; là où les

frottements sont modérés comme dans les espaces interdigitaux, dans le pli fessier, les tumeurs restent petites et intra-dermiques. Où ils sont plus fréquents et plus rudes comme sur l'olécrâne, au talon, aux malléoles, elles prennent un volume plus considérable, s'étendent sous la peau, contractent des adhérences avec le périoste et les tendons. L'adhérence aux tendons avait déjà été signalée dans quelques observatious, mais le fait qui paraît absolument nouveau est celui de l'existence de tumeurs aussi volumineuses, surtout sur les olécrânes. Faut-il voir dans ce développement exceptionnel, l'évolution propre d'un tissu morbide spécial, ou bien doit-on tenir compte de l'âge du sujet et expliquer cet accroissement insolite par le seul fait de l'évolution générale des tissus vers l'état adulte, qui a fourni aux tumeurs les plus irritées une plus grande abondance de matériaux destinés à l'organisation? Il faudrait de nouvelles observations de xanthoma chez des enfants pour éclaircir ce point obscur, et la rareté de cette maladie ne permet pas d'espérer qu'on puisse arriver, avant longtemps, à la solution de ce problème.

D'un autre côté, l'étude microscopique et chimique de ces tumeurs a révélé l'existence de produits organiques cristallisés, la lecithine et la tyrosine; peut-être si l'on pouvait suivre pas à pas le processus morbide, trouverait-on comme lésion caractéristique du xanthoma une dégénérescence nouvelle, une évolution spéciale des cellules du tissu conjonctif.

Enfin notre malade a présenté une coloration anormale de la peau, mais elle était due à de la xanthodermie et non à l'ictère. N'y a-t-il pas là une cause possible d'erreur, et tous les xanthomas qui ont été considérés comme accompagnés d'ictère en avaient-ils réellement? Sans vouloir mettre un seul instant en doute l'expérience des observateurs, ne peut-on pas, avec M. Pierret, émettre l'hypothèse, que dominés par l'idée de rechercher l'ictère, complication connue, ils n'ont peut-être pas pris toutes les précautions nécessaires pour éviter toute chance de confusion avec la xanthodermie, complication ignorée.

La conclusion à tirer de ces deux cas de xanthoma généralisé, c'est que cette forme de la maladie appelle de nouvelles observations et demande de nouvelles études; car à côté du X. généralisé déjà si rare, consécutif aux maladies du foie avec ictère, et

jusqu'à un certain point sous leur dépendance, il existe un X. général indépendant de toute lésion hépatique, de toute imprégnation biliaire de la peau, encore plus rare, puisque cette jeune fille en est le premier exemple; et peut-être cette variété se caractérise-t-elle par un développement insolite et une texture spéciale des tumeurs.

## II. — RECUEIL DE FAITS.

I

# OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES DERMATOSCLÉROSES

par M. **ERNEST BESNIER**, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

I

C'est à l'aide d'un pur artifice de nosographie que l'on a pu développer sur un thème unique la conception des états pathologiques divers que l'on réunit sous la dénomination étroite de sclérodermie; ce n'est pas, en effet, à une affection propre, susceptible d'être représentée selon la vérité dans un tableau d'ensemble, que s'applique, en réalité, ce terme, mais bien à plusieurs espèces de dermatoscléroses distinctes par les conditions pathogéniques, les lésions, les symptômes, la marche, et la terminaison. L'œuvre nosologique et nosographique est presque tout entière à remettre sur le métier ; beaucoup de matériaux de la première heure sont à laisser de côté, et il est nécessaire d'en réunir de nouveaux pour fixer en termes plus précis les formes cliniques, aussi bien que les formes anatomiques, et pour permettre d'établir sur des bases précises la révision nécessaire.

A cette place réservée à l'insertion des faits dont la réunion peut servir à faire progresser l'étude des dermopathies, nous ouvrons la voie en donnant la relation de quelques-uns des cas de dermatosclérose que nous avons observés; nous les avons choisis parmi les plus simples, et nous nous sommes efforcé de les présenter succinctement et avec méthode, de manière à les rendre utilisables dans la constitution de types naturels et nettement définis.

## II

Sans entrer ici dans l'étude générale du sujet, nous voulons cependant, d'une part, rétablir un point de l'historique de la sclérodermie que nous ne trouvons pas exactement indiqué; d'autre part, dire quelques mots de la division naturelle imposée par les faits.

On fait généralement honneur à Thirial, Paris 1845, de la première description de l'état morbide dont nous nous occupons; cela est, à notre sens, inexact, non pas à cause des observations publiées antérieurement à titre de faits rares ou curieux, non pas encore pour diverses raisons de peu de valeur ou de pur sentiment qui ont été invoquées, mais pour ce seul motif que le genre morbide se trouve clairement indiqué, précisé, dans ses espèces, et dénommé convenablement dans la *Nosologie naturelle* d'Alibert, t. I, *in fol.* Paris 1817. Voici en effet ce que nous trouvons dans ce très remarquable ouvrage : Classe des Trophopathies. Famille des Ethmopléeoses (maladies du *corpus cribrosum*, tissu cellulaire), genre II, Sclérémie. Quelques extraits suffiront pour rétablir la vérité à la place de la légende.

Voici le texte :

1° — Page 494. « On a cru jusqu'à ce jour qu'elle (la sclérémie), n'attaquait que les enfants nouveau-nés; mais je puis prouver par des faits irrécusables que, dans quelques cas, rares à la vérité, les adultes sont susceptibles d'en être atteints. J'établirai, du reste, pour la sclérémie, les mêmes distinctions que pour la maladie précédente (l'adéliparie). Elle est universelle ou partielle, ce qui est nécessaire pour fonder le pronostic. »

Page 495, « 2e espèce : la *sclérémie partielle, scleremia circumscripta.* Aucun auteur n'a encore parlé de cette sclérémie que j'ai rencontrée plusieurs fois, et dont j'ai fait, entre autres, remarquer deux exemples extraordinaires à mon très cher élève, M. le docteur Biett. Le premier cas était celui d'une femme âgée d'environ trente ans, servante de condition, qui portait à la partie latérale gauche du ventre, près du nombril, une couenne ou endurcissement du tissu cellulaire qui avait la grandeur de la paume de la main. Cette couenne s'agrandit pendant quelque temps; ensuite la peau s'amincit et la maladie disparut, etc. Le deuxième exemple était un militaire qui venait de l'armée d'Espagne. Il portait, également au côté gauche de l'abdomen, une plaque endurcie de tissu cellulaire qui s'étendait de jour en jour. On voyait d'abord la peau striée à sa surface, et les intervalles ne tardaient pas à se remplir. Lorsqu'on touchait le milieu de la plaque avec le doigt, le malade n'éprouvait aucune sensation; il n'en était pas de même si l'on grattait l'en-

durcissement ; alors le malade se trouvait désagréablement affecté. Cet endurcissement n'avait succédé à aucune maladie ; il n'était point la suite d'un érysipèle, etc. ; il était purement idiopathique, et occasionnait une sorte de malaise dans toute l'économie animale. »

Aucun de ceux qui connaissent la sclérodermie lardacée ou en plaques, dont nous allons tout à l'heure donner des observations, ne méconnaîtra ces deux faits, qui prouvent surabondamment qu'Alibert connaissait parfaitement la sclérodermie partielle et qu'il l'avait exactement dénommée et interprétée ; poursuivons :

2° — Page 498 : « Il me reste à considérer la *sclérémie des adultes*. J'ai déjà fait mention de quelques endurcissements partiels du tissu cellulaire. Je me souviens d'avoir lu dans un journal l'histoire d'une malheureuse mère frappée de tous les accidents de cette terrible maladie... Un matin, on la trouva immobile dans son lit et saisie d'un froid glacial. La surface de ses téguments était dure, inerte et résistante comme celle de l'ivoire..... Mais rien n'est plus propre à inspirer l'étonnement qu'un fait qui m'a été communiqué par M. Le Tourneur, médecin à Fougeroles, département de la Mayenne... La femme dont il s'agit était âgée de 44 ans. Elle avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à 38 ans, époque d'une grossesse pénible. La couche fut heureuse, mais suivie de quelques accidents qui ne lui permirent pas d'allaiter son enfant. Quelque temps après elle entreprit un voyage à cheval par un temps froid et humide, sans avoir pris les précautions nécessaires pour se garantir des injures de l'atmosphère ; elle éprouva, en conséquence, beaucoup de froid.

Arrivée chez elle, elle ressentit un malaise extraordinaire, auquel le repos n'apporta aucun remède, et qui s'accrut de jour en jour ; bientôt enfin, elle s'aperçut que son cou devenait dur, quoiqu'il fut sans enflure et sans augmentation de volume.

Progressivement, les épaules, les bras, les seins, le dos, enfin toutes les parties situées au-dessus du diaphragme, acquirent une consistance prodigieuse ; le visage et le cuir chevelu furent les dernières parties qui s'endurcirent. Tel était, depuis l'épigastre jusqu'à l'extrémité de la tête, l'état des téguments qu'ils ne cédaient à aucune compression, et affectaient la résistance du marbre... »

Comment des choses si précises ont-elles pu être inaperçues ou oubliées ou inappréciées ? cela est difficile à comprendre.

Il ne s'agit pas seulement ici, on le remarquera, d'observations publiées à titre isolé, mais d'une véritable description nosographique et d'un classement nosologique.

Non seulement Alibert, acceptant le terme de sclérémie créé par Chaussier, distingue la sclérémie des *adultes* de la sclérémie ou du sclérème des nouveau-nés, mais encore il a montré à Biett

des cas de « sclérémie *partielle* » ; et il distingue expressément ces cas *spontanés* des indurations de la peau *consécutives* à l'érysipèle, aux plaies, etc.

Ce terme de sclérémie, absolument acceptable, aurait pu être conservé ; aujourd'hui il nous paraît utile encore de le reprendre, non pour le substituer au mot de sclérodermie consacré par l'usage, mais pour l'appliquer à la maladie de Thirial, à la dermatosclérose simple généralisée, à la sclérodermie protopathique, à la sclérodermie œdémateuse de Hardy, à l'œdème dur spontané, ou, en un mot, au sclérème des adultes (dénomination impropre puisque les enfants ne sont pas exempts de la maladie).

La dénomination de sclérodermie serait réservée, et nous la réservons pour notre part depuis longtemps dans nos leçons, aux espèces et variétés d'un genre, absolument distinct à notre sens, de dermatoscléroses qui comprend les sclérodermies en plaques, morphées d'Erasmus Wilson et de Tilbury Fox, la sclérodactylie de Ball, la sclérodermie progressive avec asphyxie locale des extrémités, les lésions trophiques des extrémités digitales, etc.

Les observations suivantes vont nous fournir des types de quelques-unes de ces formes.

## III

### OBSERVATIONS DE SCLÉRÉMIE.

Observation I. — **Sclérémie généralisée symétrique incomplète ; dyschromie légère ; troubles nerveux divers mais sans connexion directe avec les parties sclérémiées ; accouchements nombreux ; syphilis antérieure probable ; chez une jeune femme de 30 ans ayant eu, dans l'enfance, « des gourmes », et depuis la jeunesse des amygdalites très fréquentes et d'une grande intensité.**

A... B..., 30 ans, couturière, entrée à l'hôpital Saint-Louis, nº 52, salle Saint-Thomas, le 30 juin 1879, M. Merklen, interne du service.

Cette jeune femme vient à l'hôpital pour se faire traiter d'une gêne considérable qu'elle éprouve depuis plusieurs mois dans les mouvements des membres, du col et de la face, et d'une roideur extraordinaire de la peau de ces parties. Dans son apparence extérieure rien ne décèle, au premier abord, l'affection qu'elle présente ; l'aspect est délicat, la teinte de la peau mate et un peu bistrée, mais rien de caractéristique. La malade se souvient surtout d'avoir eu, pendant son enfance, « de la gourme », et plus tard, des « maux de gorge » fréquents et violents, qui ont amené le médecin à

opérer chez elle la section des deux amygdales, section qui, d'ailleurs (le fait n'est pas rare), ne l'a pas empêchée de rester soumise aux mêmes inconvénients.

Mariée depuis 10 ans, la patiente a eu 7 enfants, tous (sauf le premier qui survit) morts vers l'âge de 3 mois avec « de la diarrhée et des éruptions sur le corps ». Est-elle syphilitique? Il serait difficile de le prouver par des caractères actuels; mais elle se rappelle avoir eu depuis le premier accouchement, « des boutons » autour des parties, une angine concomitante, et elle dit avoir subi, pour cela, un traitement interne d'un mois de durée.

Donc, syphilis probable, non certaine.

Suivant le rapport de la malade, voici la marche des accidents : Il y a 6 mois, amygdalite, analogue à celles auxquelles elle a été, de tout temps, sujette; application de compresses vinaigrées très chaudes, ayant déterminé, au devant du cou, une brûlure dont on retrouve les traces, et à laquelle la malade rattache directement le développement des accidents actuels.

Aussitôt après cet incident, elle aurait éprouvé, pour la première fois, au niveau du col, de la tension et de la raideur, lesquelles s'étendirent progressivement et lentement au tronc, aux membres, et en dernier lieu seulement à la face.

En même temps, la teinte normale de la peau se serait modifiée, et aurait acquis la nuance mate terreuse qu'elle présente aujourd'hui.

Dans les parties où les mouvements deviennent difficiles, aucune douleur ni aucune sensation pénible; douleurs de tête surtout nocturnes, douleurs lancinantes dans l'abdomen, sensations d'étouffement, auxquelles la malade paraît être depuis longtemps exposée.

Interrogée sur la question de savoir quel rôle le refroidissement pourrait avoir eu dans l'origine de sa maladie, notre patiente ne peut fournir aucune renseignement précis; son idée est depuis longtemps arrêtée sur la valeur étiologique de sa brûlure, et elle ne peut donner aucun renseignement sur les causes particulières de la phlegmasie pharyngée qui a marqué le début.

1° *Altérations cutanées.* — L'aspect de la face est normal, toutefois la malade dit éprouver, et semble éprouver réellement, une gêne notable dans les mouvements volontaires de la bouche et des yeux; de plus, bien que la face ne soit pas immobilisée, on constate de la manière la plus positive à la palpation que la consistance normale du derme y est accrue, surtout dans la moitié inférieure.

A la nuque et au col, la gêne des mouvements volontaires est considérable, l'induration est manifeste, la peau ne peut être séparée des parties profondes, et ne peut en aucune manière, être pincée de façon à former un pli; dans toute cette région, couleur fauve légère, avec quelques tâches achromiques peu accentuées, et sans forme ni disposition déterminées.

Mêmes caractères, moins prononcés, dans les membres supérieurs et inférieurs, cessant en haut aux articulations radio-carpiennes, en bas, aux articulations tibio-tarsiennes.

Intégrité des mains et des pieds; aux mains aucun amincissement des extrémités digitales, aucune trace de sclérodactylie.

Au thorax, induration très accentuée dans toute la région des pectoraux; les mamelles n'ont qu'une induration purement dermique et restent flasques; la malade affirme cependant que leur consistance est considérablement supé-

rieure à ce qui, chez elle, est habituel. Le dos, les côtés, la région lombaire, ne présentent pas d'induration appréciable.

Rien sur les muqueuses; rien en particulier à la langue qui n'est pas indurée, ni même directement gênée dans ses mouvements. La voix est affaiblie et un peu tremblante.

2° *Troubles de la sensibilité. Manifestations générales.* — Il n'y a dans les surfaces malades ni anesthésie, ni hyperesthésie pas plus dans l'état actuel qu'à aucune époque de l'évolution; l'abdomen et le cuir chevelu, ainsi que le front, qui ont été, ou sont encore le siège de douleurs vives spontanées, ne présentent aucun trouble objectivo-subjectif de sensibilité, et n'offrent d'ailleurs, aucune induration.

Il n'y a pas de fièvre, les principales fonctions, y compris la menstruation, sont régulières; l'urine ne présente pas d'altération appréciable aux procédés cliniques ordinaires d'examen, aucune altération viscérale.

Le traitement institué consiste d'abord dans l'emploi des frictions et du massage, des bains de vapeur, et de l'iodure de potassium, ce dernier médicament particulièrement indiqué ici en raison des antécédents supposés; — puis la malade fut soumise avec beaucoup de régularité, de persévérance et d'énergie à l'application des courants continus fournis par l'application simultanée de deux piles permettant de généraliser l'action. Aucune modification appréciable ne résulta de ce traitement, poursuivi pendant plusieurs semaines; la sclérémie n'augmenta pas, mais elle ne rétrocéda pas d'une manière sensible, et la malade lassée, sans doute, de cette lenteur d'action des ressources de la médecine, reprit le chemin de sa maison le 9 août, n'ayant, en vérité, qu'un soulagement à diverses misères que le repos, la bonne alimentation et des soins divers de détail pouvaient parfaitement expliquer.

Les piles employées étaient de 25 éléments, mais la gamme parcourue fut de 5 à 10 seulement; la mise en jeu de la totalité des éléments de la pile de droite ayant été établie un jour, par erreur, donna lieu, au pôle négatif, à l'extrémité inférieure de la jambe droite, à une bulle arrondie nettement délimité, à aréole érythémateuse, au-dessous de laquelle existait une eschare analogue à celle que produit la pâte de Vienne; cette eschare électro-chimique mit onze jours à se détacher complètement et laissa après son élimination une ulcération à bords taillés à pic, cratériforme, qui ne fut réparée qu'au bout de trois semaines.

M. le docteur Augros, médecin distingué de Maisons-sur-Seine qui m'avait adressé la malade a bien voulu me donner de ses nouvelles à la fin de novembre 1879; l'affection est enrayée, aucun nouveau point ne s'est induré; et l'état du col, de la face ainsi que des membres supérieurs est sensiblement amélioré.

Je viens, moi-même de revoir la malade; l'amélioration est manifeste, mais la sclérémie encore parfaitement reconnaissable.

**Observation II. — Sclérémie symétrique généralisée incomplète dyschrômie légère, troubles nerveux indirects; boulimie. — Lésions développées après un refroidissement chez une jeune laveuse de 17 ans sans antécédents pathologiques nettement définis. — Inefficacité du traitement par les bains de vapeur, l'iodure de potassium, les salicylate de soude, la compression et les résolutifs, etc.**

E... L..., 17 ans, laveuse et repasseuse, entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas n° 69, le 26 janvier 1878. M. Arnozan, interne du service.

C'est une jeune fille de bonne apparence, n'ayant rien qui rappelle le masque sclérémique ou sclérodermique, et qui vient à l'hôpital pour se faire traiter de douleurs, de déviations, et de gène fonctionnelle qu'elle éprouve depuis sept ou huit mois, dans les membres supérieurs et inférieurs. Elle appartient à une famille nombreuse ; peut-être son père est-il atteint de rhumatisme chronique ; elle est bien réglée, et régulièrement. Depuis l'âge de 13 ans, elle n'a le souvenir d'aucune maladie; une seule tare organique apparaît dans l'état de la dentition (dents d'Hutchinson).

A la fin du mois de juin de l'année précédente (1877), elle s'aperçut au retour du lavoir qu'elle avait « les jambes enflées » et bientôt (quelques jours après) les bras; ce gonflement s'effectua avec rapidité et fut accomgné de douleurs et de gêne dans les mouvements des parties atteintes. Le premier médecin consulté supposa probablement une anasarque de froid, car il examina les urines et prescrivit le régime lacté ; aucune aggravation ne se produisit, mais les semaines s'écoulaient sans amélioration, la malade souffrait toujours, et elle entra le 20 août à l'hôpital temporaire dans le service de notre savant collègue et ami le docteur Duguet. Elle y fut très judicieusement soumise, à la sudation, à l'iodure de potassium, à une médication tonique; mais au bout de six semaines, le résultat du traitement n'apparaissant pas manifeste, la malade réclama sa sortie. Elle continua à prendre chaque jour de l'iodure de potassium; cependant aucune amélioration ne survenait : la tuméfaction des parties malades avait cessé, mais leur dûreté était devenue plus grande, les manifestatious douloureuses persistaient, et la gêne fonctionnelle était plutôt accrue.

Voici l'état de la patiente à son entrée à Saint-Louis le 26 janvier 1878 :

1° — *Altérations tégumentaires.*

La sclérémie est limitée exclusivement aux membres et dans chacun d'eux elle en occupe surtout la moitié inférieure, mais sans atteindre les extrémités digitales. Le tronc, les mamelles, l'abdomen, le col, la face, la langue sont absolument indemnes.

Aux membres supérieurs, les avant-bras sont le siège des altérations suivantes : la peau est sèche, terne, mais lisse, tendue et fortement appliquée sur les parties sous-jacentes depuis le poignet jusqu'au coude; en quelques points en avant du poignet et en arrière de l'articulation huméro-cubitale, quelques taches allongées, irrégulières, mal délimitées, érythémato-maculeuses, mais surtout maculeuses.

Dans toute l'étendue indiquée, les plis normaux font défaut, aucune saillie vasculaire n'apparaît; le toucher trouve une température peu élevée, non

remarquablement froide, mais une induration considérable de la totalité du membre qui semble être d'une compacité uniforme.

Aucun pli ne peut être fait, l'union de l'hypoderme avec les parties musculaires est absolue; à un examen très attentif et minutieux, on trouve une certaine mobilité du derme sur l'hypoderme au niveau duquel existe certainement le maximum d'induration, et qui ne conserve aucune mobilité sur les régions centrales. Ces lésions ne peuvent être exactement délimitées à leur partie supérieure qui est sensiblement le coude, et à leur partie inférieure qui s'avance jusqu'au milieu de la face dorsale de la main, et à la partie supérieure de la région palmaire; le pouls radial, assez facilement perceptible à droite, ne l'est que très difficilement à gauche.

Aux membres inférieurs, mêmes lésions ayant leur maximum d'intensité en avant du cou-de-pied, et cessant, en haut, à la limite des jarretières jambières; en bas elles sont limitées par une ligne passant sur la face dorsale du pied à la hauteur des métatarsiens, suivant les bords de cette face, passant au-dessous des malléoles, et contournant le calcanéum au niveau de l'insertion du tendon d'Achille. — Au delà, on perçoit la peau souple et légèrement moite, tandis qu'elle reste absolument sèche au-dessus; cela, aussi bien aux membres supérieurs qu'aux inférieurs.

Aux régions tibiales antérieures, la peau atteint son maximum de tension; l'épiderme y est comme craquelé, formant de petits îlots irréguliers séparés par de véritables fissures de la couche cornée; au niveau du cou-de-pied, ce sont des sillons minces, parallèles, verticaux, comme si la tension se faisait là de haut en bas. En arrière, la dureté est encore grande. mais cependant, en prenant la masse musculaire à pleine main, on peut constater que l'induration n'atteint pas la totalité de cette masse. L'articulation tibio-tarsienne est à peu près immobilisée à angle droit.

2° *Lésions de la sensibilité. Troubles fonctionnels.* — Les troubles objectivo-subjectifs de la sensibilité sont nuls: au niveau des parties sclérémiées, toutes les formes de la sensibilité provoquée sont normales, et la malade n'y éprouve aucune douleur particulière.

Le seul phénomène directement en rapport avec l'état du tégument réside dans les sensations de constriction, de pression et de tension éprouvées par la malade; et dans les altérations du mouvement que nous avons indiquées tout-à-l'heure.

Ce n'est pas qu'il n'y ait eu, et qu'il n'y eût pas encore de phénomènes douloureux, mais ils sont sans aucun rapport direct constatable avec les parties sclérémiées.

Les douleurs du début semblent avoir été articulaires; les douleurs lancinantes ultérieures sont mélalgiques et non dermalgiques.

L'état moral est celui de toutes ces malades: la mobilité extrême, la nervosité, l'indocilité en constituent le caractère dominant.

En outre, cette jeune fille, pendant tout son séjour à l'hôpital, fut réellement boulimique, et une double ration lui fut presque constamment nécessaire; cependant, elle ne fut, à aucun moment, polyurique, ni glycosurique, ni albuminurique.

Toutes les tentatives de traitement restèrent sans résultat positif; la malade réclama sa sortie de l'hôpital au bout de deux mois et demi. Les moyens employés avaient été l'iodure de potassium, le salicylate de soude, les amers et les ferrugineux, les bains de vapeur. Localement, la compression ouatée

faite sur des applications d'emplâtre au minium et au cinabre. — Aucune aggravation ne survint, mais en réalité aucune amélioration positive ne se manifesta.

## IV.

### OBSERVATIONS DE SCLÉRODERMIE.

**Observation I. — Sclérodermie progressive disséminée : sclérodactylie, plaques parcheminées, stries, nodus kéloïdiens ; taches pigmentaires, ecchymoses et phlyctènes. Troubles précurseurs et concomitants du système nerveux, chez une femme de 62 ans, atteinte antérieurement de rhumatisme chronique osseux** (1).

L.. D..., 62 ans, couturière, est entrée dans ma division à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, n° 74, le 6 décembre 1876. Interne du service : M. Paul Oulmont. Types des principales altérations moulés sur nature par Baretta et déposés dans le musée de l'hôpital Saint-Louis sous les numéros 425 et 426.

La malade ne présente dans son aspect extérieur rien de particulier, elle n'est ni cachectique, ni amaigrie ; elle vient à l'hôpital à cause de *douleurs* protéiformes, et de manifestations cutanées développées secondairement.

Dans sa vie, rien de particulier à noter autre que ceci : menstruation un peu tardive et ménopause précoce, très nombreuses grossesses ; vers l'âge de 57 ans, apparition, sans cause appréciée, de douleurs et de lésions articulaires ; les manifestations tégumentaires n'ont apparu, ou n'ont été vues par elle que depuis fort peu de temps, cinq à six mois, pendant l'été.

1° — *Altérations des extrémités et des articulations.*

Les extrémités digitales des deux mains sont amincies, effilées ; la peau y est polie, lisse, luisante, non indurée ; le dé à coudre habituel est devenu trop grand et la patiente a dû le remplacer par un plus petit ; il n'y a ni cyanose, ni refroidissement, ni anesthésie, aucune ulcération ni cicatricule ; ongles sans altération, incurvés sur les côtés et dépassant leur niveau latéral normal.

Les doigts sont déformés par l'hypertrophie des tubérosités phalangettiennes, selon le type d'Héberden (rh. chron. d'Héberden, rhumatisme chronique osseux des phalangettes), et par la déviation des axes, accentuée en proportion croissante du bord radial au bord cubital, et répondant au 2e type de Charcot, c'est-à-dire au type le plus rare : extension de la phalangine sur la phalangette, flexion de la phalangine sur la phalange. A des degrés divers les articulations des doigts sont altérées : craquements, douleurs spontanées et provoquées, mobilité conservée, sauf dans les articles phalangino-phalangettiens des auriculaires.

(1) Quelques particularités de l'histoire de cette malade ont été recueillies dans ma division à l'hôpital Saint-Louis, par M. le Dr Hervéou, et insérées dans son *Etude sur la Sclérodermie*, Paris 1877. Obs. III, *Sclérodermie en plaques*, p. 41.

Aux pieds, aucune altération de quelque importance.

Les genoux sont de temps à autre douloureux; craquements, sans déformation manifeste (rh. chronique simple).

Mêmes phénomènes dans diverses grandes jointures.

Tout cela, développé au lieu d'élection, lentement, progressivement, avec des alternatives d'exacerbation et de rémission, constitue un type classique du rhumatisme chronique vulgaire, ou si l'on veut d'affection articulaire rhumatoïde symétrique et à origine centrale.

## Manifestations cutanées. — Troubles de la sensibilité.

10° *Manifestations cutanées.*— Elles sont très nombreuses et variées; dans leur expression la plus générale ce sont des plaques parcheminées et des stries sclérotiques; accessoirement des plaques kéloïdiennes, de la pigmentation, des ecchymoses, des phlyctènes.

*a. Plaques et stries.* — Les plaques ont une forme irrégulière; elles sont généralement allongées selon l'axe du tronc et des membres, isolées ou cohérentes, tantôt symétriques, tantôt asymétriques, *A la vue,* elles ne se distinguent qu'avec une certaine attention par la couleur mate de leur aire, l'aspect finement plissé de leur surface, qui est, en outre, légèrement déprimée au-dessous du niveau normal, et surtout par la bordure lilas clair qui les entoure et les limite; certainement un observateur inexpérimenté ne les apercevrait pas dans un examen rapide; ce sont des caractères assez délicats. *Au toucher*, la peau semble un peu rude, sèche, parcheminée, superficiellement indurée, à la manière des dessiccations superficielles qui se forment, cadavériquement, aux points où la peau a été dépourvue de son épiderme corné; la sensibilité provoquée y paraît normale ; nulle anesthésie, analgésie, ni anathermesthésie; on peut faire un pli avec une certaine étendue de la plaque, mais non un pli superficiel et limité.

Les stries sont tantôt très fines et diffuses, aperçues au milieu du tégument seulement à un examen attentif, et reconnaissables à leur couleur mate, tantôt réunies et constituant par leur réunion les plaques larges, tantôt larges et longues, saillantes, représentant l'aspect de la peau saine par exemple au milieu des stries atrophiques ou vergetures communes.

Nulles au visage, peu accentuées au col, les altérations sclérodermiques sont, au contraire, très multipliées aux membres, au thorax, à l'abdomen.

Aux membres supérieurs, inégalement plus à gauche qu'à droite, de larges plaques en forme de bande occupent la presque totalité du côté antéro-interne, du poignet à l'aisselle; au pli du coude et à l'avant-bras, plaques allongées à contours irréguliers.

Aux membres inférieurs, même plaques moins longues, moins étendues, très accentuées aux régions inguinales; quelques plaques moins nettes vers les malléoles.

Au tronc, plaques claviculaires et sous-claviculaires, analogues à celles des membres, avec prolongements vers les régions scapulaires; aux seins plaques diffuses, constituées par la réunion de stries sclérodermiques parallèles, saillantes.

A l'abdomen, les stries sont à leur maximun, elles intéressent la totalité de la surface du ventre qui est universellement indurée, et elles donnent à la pal-

pation la sensation d'une croûte peu épaisse recouvrant des parties molles. A la vue et au premier abord, on dirait de simples vergetures vulgaires, mais ce sont de véritables stries saillantes, dures, décolorées, légèrement rugueuses à la main ; dans leur intervalle, peau normale, colorée en lilas clair, comme à la périphérie des plaques.

*b) Etat du sytème nerveux.— Troubles de la sensibilité.*— Bien que la malade fût d'un caractère doux, elle présentait cependant quelque indices très nets de cette mobilité propre à tous les sclérodermiques que nous avons observés et qui, dans la pratique civile aussi bien que dans la pratique hospitalière, ne permet que bien rarement de les observer pendant toute la durée de la maladie. Pour cette malade, tous nos efforts tous nos soins n'ont pu la faire rester sous notre direction que très peu de mois, assez de temps cependant pour que nous ayons pu saisir sur le fait le processus morbide de la manière la plus précise.

Les troubles de la sensibilité, abstraction faite des manifestations douloureuses communes du rhumatisme chronique osseux, qui sont restées bien distinctes, ont été nombreux, et d'une grande intensité; leur relation avec le processus sclérodermique s'est montrée d'une évidence absolue.

Les manifestations douloureuses consistent en picotements très intenses comparés par la malade (elle est couturière) à la piqûre de centaines d'aiguilles, en sensations de brulûre d'une extrême violence, et en diverses autres.

*c) Plaques kéloïdiennes.* —En deux ou trois points, notamment au sommet de la région sternale, et à l'avant-bras, on constate de petites saillies rosées, de un à deux centimètres de diamètre, élevées, dures, d'aspect absolument kéloïdien.

*d) Pigmentation.* — Il n'y a pas, à proprement parler, de pigmentation régulière ni généralisée, en quelques points seulement, à côté ou à distance des plaques, il se produit de la dyschromie, avec accumulations partielles de pigment jaunâtre.

*e) Ecchymoses.* —A deux ou trois reprises, au uiveau des points hyperesthésiés il s'est produit spontanément ou sans cause connue des plaques ecchymotiques simples, une fois phlycténoïdes, mais sans eschare ni ulcérations, se terminant au coutraire rapidement par la résorption et la guérison,

Dans tous les points, l'apparition des plaques, des stries, des nodosités kéloïdiennes, des ecchymoses, a toujours été *précédée* d'un à plusieurs jours par des douleurs occupant exactement les points qui vont être le siège de la dystrophie cutanée ; les ecchymoses sont toujours précédées de sensations particulières de chaleur et de brûlure; cependant, ainsi que je l'ai déjà dit, les plaques ne sont ni douloureuses à la pression, ni anesthésiées (hyperesthésie centrifuge.) Les douleurs reviennent par accès, souvent nocturnes, elles ont un caractère intolérable, amènent une agitation extrême, des plaintes incessantes et amères, elles se prolongent du centre vers la périphérie, et existent non seulement daus les plaques qui vont se produire ou qui sont produites, mais dans la profondeur des membres, dans la région lombaire profonde, et dans l'abdomen.

Nous avons pu voir se produire ainsi sous nos yeux, dans l'espace de peu de jours parfois, les crises douloureuses, les stries, les plaques, les ecchymoses, et même les saillies kéloïdiennes.

Du mois de juillet 1876, date du début, au mois de décembre de la même année, les plaques des bras et de l'abdomen s'étaient produites ; du mois de décembre 1876 au mois de mars 1877, période de notre observation, l'étendue des plaques a doublé ; plusieurs points jusqu'alors intacts ont été atteints, notamment les mamelles.

Au moment où la malade a exigé sa sortie, sa situation continuait à s'aggraver, les douleurs étaient devenues plus fortes, les élancements douloureux partant de la région cervicale, de la région dorsale et de la région lombaire se multipliaient. Cependant très peu de douleur à la pression sur les apophyses épineuses, pas de points hyperesthésiques provoqués ; pendant la dernière période de l'observation, une zone analgésique (non anesthésique) se dessinait à la nuque et vers la région dorsale.

Au milieu de tout cela, malgré l'insomnie, la douleur, le découragement, des incidents divers survenus du côté des voies respiratoires (saison d'hiver) ou provoqués par les ingestions médicamenteuses à plusieurs reprises élevées ou très actives, il n'y avait pas d'amaigrissement considérable ; l'expression du visage avait peu changé. Aucune lésion des viscères n'existait ou ne se manifestait ni dans l'appareil circulatoire central, ni dans l'abdomen, les fonctions rénales s'exécutaient normalement et jamais l'urine ne fut albumineuse.

Les médications énergiques et persévérantes, variées à plusieurs reprises, le bromure et l'iodure de potassium, les bains de toute espèce, les antispasmodiques et les calmants de tout ordre furent sans aucun résultat ; et pendant toute la durée de notre observation la maladie avec des paroxysmes et des rémissions suivait fatalement son cours.

**Observation II. — Sclérodermie localisée ; sclérodactylie au 1er degré ; plaques lardacées de la région dorsale (morphée scléreuse) chez un homme de 32 ans atteint antérieurement et actuellement de rhumatisme chronique osseux ; guérison de la morphée, marche progressive du rhumatisme, albuminurie.**

C... P..., monteur en bronze, âgé de 32 ans, entré le 6 juin 1877 dans ma division, salle Saint-Léon, n° 2. Interne du service, M. Josias. — Lésions cutanées moulées d'après nature, par Baretta, Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 453.

Cet homme, d'apparence assez vigoureuse, vint à l'hôpital pour se faire soigner de douleurs articulaires d'une grande intensité ayant leur siége principal dans les deux mains, et de douleurs lombaires violentes ; quant aux altérations du tégument, elles n'ont attiré son attention qu'à titre accessoire.

Voici d'abord, en quelques mots, ses antécédents pathologiques : Le père du malade s'est suicidé, sa mère est morte d'une maladie aiguë survenue après un refroidissement ; dans son enfance il a éprouvé diverses maladies intenses parmi lesquelles une scarlatine et une angine couenneuse sont restées dans son souvenir. Du 28 septembre 1870 au 17 juin 1871, il a été prisonnier de guerre en Prusse, à Coblentz ; pendant l'hiver il y a cruellement souffert du froid, et, affirme-t-il, parfois, de la faim ; plusieurs de ses camarades, contraints, comme lui de coucher sur la terre, auraient eu les pieds gelés (?) C'est pendant sa captivité qu'il aurait eu les premières douleurs articulaires,

surtout dans les membres inférieurs, mais c'est depuis l'année 1875 seulement que des arthropathies manifestes se seraient constituées. Le sujet est alcoolique.

1° *Altérations des extrémités et des articulations.* Les extrémités digitales, celles des indicateurs surtout, sont amincies, recouvertes d'une peau lisse, non indurée ni immobilisée; cet effilement est très remarquable chez un homme adonné à un travail manuel, lequel entraîne toujours une conformation inverse; aucune rétraction ni ulcération, ni cicatrice; coloration à peu près normale, pas de cyanose, les ongles présentent quelques ponctuations, ou quelques stries transversales.

Les articulations phalangetto-phalanginiennes sont peu tuméfiées et légèrement douloureuses, mais la tuméfaction et la douleur sont très accentuées au niveau des articulations phalango-phalanginiennes; peu de déviation, si ce n'est une très légère extension des phalangettes (Rh. chronique osseux). Douleurs vives dans les mouvements des grandes articulations de l'épaule, de la hanche et surtout des deux genoux, sans déformations (Rh. chronique simple). Douleurs vives des régions lombaires. La marche est très difficile; la position accroupie est impossible; il n'y a ni analgésie ni anesthésie en aucun point.

2° *Lésions cutanées.* Les altérations du tégument, des plus remarquables comme on va le voir, sont limitées à la région dorsale : voici en quoi elles consistent : sur la région dorsale, à gauche de la ligne médiane, entre celle-ci et le bord spinal de l'omoplate gauche, dans une étendue verticale de 12 centimètres, et transversale de 4 à 5 centimètres, existe une surface d'un blanc jaunâtre, lisse, brillante, presque éclatante par son contraste avec la peau saine qui l'entoure, et qui paraît inégale et d'un blanc terne. La configuration générale est celle d'un huit de chiffre ou d'un sablier chronométrique, par le fait de la réunion, à l'aide d'un isthme, de deux plaques superposées. La limite entre le tégument normal et la surface malade est tracée par une zone colorée en lilas violet, analogue à la ligne de couleur qui délimite sur les cartes les contours géographiques, notablement irrégulière. Immédiatement en dedans de ce *lilac ring* est une zone pigmentaire à peine estompée; puis la surface principale d'un blanc jaunâtre légèrement enfumé, mais lisse, brillante, comme vernissée; tout à fait au centre enfin, une zone de un à deux centimètres un peu rosée, et présentant des varicosités capillaires élégantes.

A deux centimètres à droite et à gauche de la plaque qui vient d'être décrite, existent, au niveau de la circonférence inférieure de l'anneau supérieur du sablier, deux taches blanches de la dimension d'une impression digitale, offrant, en miniature, les caractères des grandes plaques.

A la palpation, les phénomènes constatés ne sont pas moins dignes de remarque : Le doigt appliqué sur les plaques perçoit une sensation étrange; il semble que la peau soit gelée à ce niveau; on croirait toucher une plaque de lard épaisse et dure, un morceau de carton. Cette dureté commence immédiatement en dedans du *lilac ring* qui, lui-même, n'est pas induré, elle se produit brusquement sans aucune transition, comme si la partie malade était enchassée dans les tissus sains; si, l'on parcourt la région dorsale avec la main, celle-ci est arrêtée par un bord dur, puis perçoit une surface résistante sèche et un peu rugeuse, qui cesse immédiatement quand on a dépassé la partie inférieure de la lésion.

Le doigt, appuyé un certain temps sur la plaque, laisse une très légère empreinte déprimée ; perçoit des différences de dureté, et un maximum de résistance à la partie la plus élevée, la plus ancienne au rapport du malade. Au niveau de l'anneau lilas, la consistance est normale et la pression l'efface momentanément d'une manière complète, à la manière des taches érythémateuses.

Dans toute l'étendue de la plaque, l'examen le plus minutieux ne peut découvrir aucune trace d'altération de la sensibilité ; la moindre piqûre d'aiguille est perçue, et est suivie de l'émission d'une gouttelette sanguine.

3° *Etat du système nerveux. — Troubles de la sensibilité.* — Cela est presque banal de le répéter, ce sujet, comme tous ses analogues, présente une instabilité de caractère étrange; il supporta le séjour à l'hôpital aussi longtemps que durèrent ses douleurs vives, que rien ne pouvait soulager; mais à peine fûmes-nous parvenu (c'était le moment des premières publications du professeur Sée) à produire à l'aide du salicylate de soude porté à la dose de huit grammes dans les 24 heures, une amélioration, d'ailleurs tout à fait inespérée, dans les douleurs, que le malade nous quitta, bien qu'il fût entouré des soins les plus atteutifs à tous les points de vue. Si l'on veut bien se rappeler que son père s'était suicidé, on verra que l'état du système nerveux n'est pas indifférent à noter chez de semblables malades.

Chose non moins digne d'être notée : ici, contrairement à ce que l'on observe dans d'autres formes de sclérodermie, contrairement à ce qui était si prononcé chez notre malade de l'observation I, non seulement aucun trouble de la sensibilité n'existe au niveau des régions malades, mais encore aucun rapport ne s'établit entre les nombreux centres de douleur que présentait en même temps le malade, et les plaques lardacées. Aucune sensation spéciale ne précéda ni n'accompagna la formation des plaques, pas plus que leur accroissement ; celles-ci furent découvertes, une année avant l'entrée à l'hôpital pendant un bain de vapeur que le patient prenait pour ses douleurs, par une personne qui lui apprit qu'il portait dans le dos deux petites taches blanches isolées, l'une au-dessus de l'autre. Ces taches ont, depuis grandi sans que le malade en ait eu notion ni s'en soit préoccupé ; il s'est avisé seulement depuis un mois de les examiner à l'aide d'une glace, mais il n'en a conçu aucun souci.

Nous avions vivement recommandé à ce malade de revenir nous voir pour qu'il nous fût possible de surveiller l'évolution de l'affection cutanée et de la maladie articulaire; il ne reparut que l'année suivante, non par reconnaissance il est superflu de l'ajouter, mais parce que les douleurs articulaires avaient subi une nouvelle exacerbation.

Voici dans quel état il était : toutes les grandes jointures étaient le siège de douleurs vives, les genoux surtout ; la déformation des mains persistait, les extrémités digitales nous parurent encore plus effilées; les déformations des articulations phalango-phalanginiennes persistaient.

Les deux petites plaques accessoires avaient disparu sans laisser aucune trace. La grande plaque inférieure était presque complètement effacée ; son ancienne aire était seulement indiquée par une teinte érythémato-maculeuse ; à la loupe on voyait encore quelques fines télangiectasies ; au toucher la souplesse était presque normale, un peu moindre encore que celle de la peau saine ; la surface totale était légèrement déprimée.

La plaque supérieure conservait encore l'état lardacé ; on retrouvait sa

zone érythémato-pigmentaire périphérique, puis concentriquement, une zone anémique, enfin une partie centrale érythémato-variqueuse, et lardacée. La sensibilité était partout normale, aucune plaque nouvelle ne s'était produite.

Après une nouvelle disparition, le malade se présenta de nouveau le 20 mai 1878, cette fois tout à fait souffrant et résigné à entrer à l'hôpital. L'état local avait peu changé; mais son état général s'était singulièrement aggravé: il était survenu de l'albuminurie, les douleurs articulaires subsistaient, et les douleurs de la région lombaire étaient toujours vives ; un nouveau centre d'hyperesthésie s'était manifesté au niveau de la septième vertèbre cervicale. Cette fois, le salicylate de soude, bien que toléré jusqu'à la dose de 8 grammes, n'amena qu'une diminution des douleurs, non une cessation; le médicament s'éliminait d'ailleurs aisément par l'urine, et aucun accident ne suivit son emploi, si ce n'est un peu de surdité et des bourdonnements d'oreille insupportables. Le patient se découragea rapidement et réclama sa sortie le 9 juin; depuis il n'a plus reparu.

---

## II

# UN CAS DE FAVUS GÉNÉRALISÉ (1)

par M. **L. GALLIARD**,

interne de l'hôpital Saint-Louis.

---

H... H..., âgée de 20 ans, entre le 25 juillet 1879, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service M. Guibout, salle Henri IV, n° 42; elle est née à Dammery (Marne).

A l'âge de 10 ans, elle entra dans un pensionnat tenu pa des religieuses et où se trouvait une petite fille atteinte de favus, laquelle mourut quelques mois plus tard. A peine avait-elle séjourné là quelques semaines qu'elle éprouvait déjà de vives démangeaisons au cuir chevelu, et bientôt apparaissaient les godets faviques. Des 164 enfants du pensionnat, pas une, parait-il, ne contracta d'affection analogue; aussi les religieuses laissèrent-elles le parasite vivre et se développer sur le sujet qu'il avait choisi,

(1) La face et l'avant-bras, moulés sur nature par Baretta, sont déposés dans le musée de l'hôpital sous les n°s 608 et 609.

sans l'inquiéter par aucune manœuvre thérapeutique, et cela pendant les 9 années qu'elles conservèrent l'enfant sous leur toit. Rendue à sa famille, la jeune fille fut préposée d'abord à la garde du bétail; mais bientôt la répulsion qu'elle inspirait devint telle que sa mère lui donna l'ordre d'aller chercher sa vie ailleurs. C'était en janvier 1877. Chassée de la maison paternelle, la malheureuse courut diverses aventures, devint enceinte, et fut de nouveau employée à garder les bestiaux. Alors le favus se développa au visage et, repoussée de partout, la pauvre fille se mit en route, à pied, s'arrêtant le soir dans les villages, où on lui permettait de passer la nuit sur la paille des granges ou des étables; après dix jours de marche, elle se présentait, harassée de fatigue, à la préfecture de police, et c'est de là qu'une voiture réservée aux vagabonds l'a apportée à l'hôpital Saint-Louis.

Voici maintenant l'histoire de la maladie : Le début date de dix années; d'abord des démangeaisons vives, puis des rougeurs aux limites du cuir chevelu, enfin des godets apparaissent çà et là très petits, puis plus gros et confluents; au bout d'un an, envahissement du cuir chevelu tout entier. Pendant deux ans, le favus est localisé à cette région; ensuite se montre, à la face dorsale des mains et des poignets, l'érythème favique, qui ne disparaît plus depuis cette époque et sur lequel se développent des godets très petits. Dans le cours de la troisième année se déclare une fièvre éruptive (varioloïde ou varicelle) qui ne paraît pas exercer d'influence sur le processus parasitaire. La maladie reste stationnaire jusqu'en avril 1879, époque où se sont montrés sur les genoux des godets qui ont disparu spontanément et n'ont laissé que l'érythème à leur place; seulement, pendant ces huit années, il y a eu des démangeaisons et probablement de l'érythème sur différentes parties du corps. C'est seulement en juin 1879 qu'ont apparu les godets de la face.

*État actuel.* La malade se présente, au moment de son entrée, dans un état de misère difficile à décrire. Elle est couverte de haillons sordides; sa tête est coiffée d'un linge crasseux, sous lequel on trouve un magma infect formé par des croûtes, du pus et une armée de poux.

1° *Cuir chevelu.* Il est recouvert presque tout entier d'une épaisse carapace formée par les groupes faviques confluents mêlés à des croûtes, avec des saillies et des dépressions multiples, colorée en gris sale et exhalant l'odeur de souris caractéristique.

Les croûtes de la région pariéto-frontale se continuent avec celles des tempes et franchissent les limites du cuir chevelu. Les cheveux sont courts, secs, grisâtres, analogues à de la filasse. Ils font totalement défaut à la partie antérieure et apparaissent singulièrement clair semés sur les autres points.

2° *Face*. La description de la face est plus intéressantes. C'est là que les godets se montrent avec leurs attributs classiques, tantôt isolés, tantôt réunis en groupe, tantôt confluents. On peut en compter une trentaine, dont les plus gros ont presque les dimensions d'une pièce de 50 centimes; les plus volumineux se montrent isolément au front, aux régions sous-orbitaires des deux côtés, en groupes de deux ou trois au niveau des régions malaires. De plus petits occupent les ailes et le dos du nez, les deux joues, l'angle de la mâchoire du coté droit. Tous ces godets se détachent en jaune d'or sur un fond rouge érythémateux.

3° *Cou*. Un godet isolé sur le sterno-mastoïdien droit, et au niveau d'une cicatrice ancienne de scrofule, où l'on n'aurait pas soupçonné la présence d'un poil.

4° *Membres supérieurs*. Ici s'observe un type accompli de favus circiné. Les cercles, dont le plus grand a la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, forment une sorte de chaîne à la face dorsale des avant-bras, surtout à droite. Chaque cercle se confond par son bord avec le cercle voisin; il est rosé et semé de godets très petits qui sont disposés assez nettement en anneaux à la périphérie. Le centre du cercle est presque libre, et la malade indique bien qu'elle y a vu les godets disparaître à mesure que la zone érythémateuse poursuivait son développement centrifuge. Autour des cercles, légère desquamation furfuracée. L'éruption s'étend au dos des phalanges; les ongles sont déformés, striés transversalement, et l'on retrouve au-dessous d'eux quelques traces du parasite.

*Autres régions*. Quelques godets isolés au bras droit, à la cuisse du même côté, au flanc gauche, aux mollets. Ceux qui occupaient précédemment les genoux ont laissé, en disparaissant, des macules rosées, une, notamment, en forme de croissant à la face interne du genou droit.

Outre l'érythème et les godets, sur les régions où la lésion parasitaire ne se manifeste pas d'une façon aussi nette, on trouve de petites plaques incolores où l'épiderme est en desquamation pityriasique. En grattant les squames furfuracées qui s'en détachent aisément et en les examinant au microscope, nous retrou-

vons, mêlés aux eellules épidermiques, les éléments de l'aehorion.

Après l'enlèvement des godets et des eroûtes à l'aide de moyens appropriés, on trouve les surfaees rouges, légèrement saignantes, et l'on continue le traitement par les proeédés elassiques.

Pour la face, on applique des eataplasmes de féeule qui font presque immédiatement tomber les godets faviques ; eeux-ei n'ont pas la moindre ténaeité. Pour leur eonserver leur intégrité, nous avions dû reeommander à la malade de n'y pas toueher, d'éviter même le eontact trop rude de l'oreiller. En même temps, eataplasmes sur les avant-bras et bains d'amidon d'abord tous les deux jours, puis trois fois par semaine. Ensuite badigeonnages de teinture d'iode sur la faee et sur les avant-bras, sur tous les points où s'étaient montrés l'érythème et les godets.

Sous l'influenee de ee traitement, et grâee à des soins minutieux de propreté, la malade a été promptement nettoyée et n'a eonservé sur le eorps que quelques maeules érythémateuses.

Au 15 novembre, la malade, qui était aeeouehée en oetobre, conservait eneore les taehes érythémateuses, et il venait de se développer un godet au eoude gauehe.

---

## REVUE FRANÇAISE.

### DERMATOLOGIE.

# LES TEIGNES CHEZ LES ANIMAUX DOMESTIQUES ET LEUR IDENTITÉ OU LEUR ANALOGIE AVEC CELLES DE L'HOMME,

par **M. MÉGNIN.**

Nous n'avons pas besoin d'attirer l'attention de nos lecteurs sur l'intéressante communication faite à la Société de Biologie, dans la séance du 8 novembre 1879. Cette communication ne doit être ni analysée ni tronquée; nous la donnons *in extenso*, telle qu'elle a été insérée dans l'organe de cette Société, la *Gazette médicale*. Nous aurons à revenir très prochainement sur cette question.

Les diverses espèces de teignes connues chez l'homme existent aussi chez les animaux domestiques, au moins chez les principaux, et ces derniers constituent même une des principales sources d'où proviennent les affections cutanées cryptogamiques de notre espèce.

Les teignes des animaux ne sont pas connues depuis très longtemps.

La *teigne faveuse* a été découverte en 1847, sur des souris, par un jeune médecin américain. Depuis, elle a été constatée sur les mêmes animaux en France, surtout aux environs de Lyon, aussi bien que sur les chiens et les chats qui font la chasse aux petits rongeurs, et enfin sur les enfants qui jouent avec ces derniers (Fig. I). Des expériences de M. Saint-Cyr, professeur à l'École vétérinaire de Lyon, ont mis hors de doute cette filiation. Tout récemment, j'ai constaté plusieurs cas de favus bien caractérisé sur des lapins à fourrure dits *argentés*, espèce qui se multiplie beaucoup depuis quelque temps aux environs de Paris.

La *teigne tonsurante* a été découverte sur le cheval en 1852, à la suite d'une épidémie de cette affection qui régna sur des chevaux de

la brigade de gendarmerie de la Seine et qui se communiqua aux hommes qui les pansaient. Ceux-ci, examinés par M. Bazin, à l'hôpital Saint-Louis, furent reconnus atteints d'*herpès* circiné, causé par

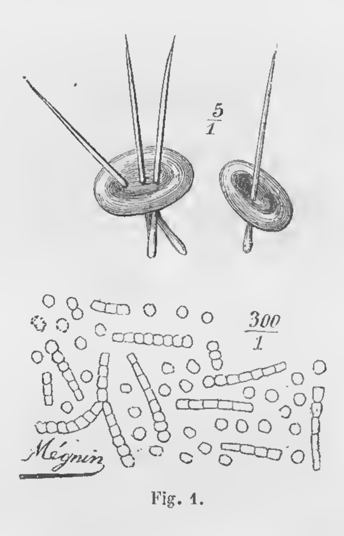



Fig. 1.

le *tricophyton tonsurant*. On déduisit de ce fait que les *herpès tonsurants* des chevaux étaient aussi causés par le même cryptogame; car on ne réussit pas alors à le voir chez ces derniers. Ce n'est que quatre ou cinq ans plus tard que j'ai fait le premier cette constatation en France, et depuis, presque chaque année, j'ai eu l'occasion de répéter cette étude sur les jeunes chevaux de remonte de la Normandie, à mon régiment, qui sont presque toujours infectés de cette teigne.

La *teigne tonsurante* du cheval se présente constamment sous forme de plaques herpétiques nummulaires ou annulaires de la dimension d'une pièce de 5 francs, couvertes d'une croûte ardoisée composée exclusivement d'un mélange de pellicules épidermiques, de poils brisés à un ou deux millimètres de la surface et dont les fibres sont dilacérées, désunies par une végétation cryptogamique qui s'insinue entre elles et qui est composée presque exclusivement de sporules légèrement bleuâtres du diamètre de $0^{m},002$ à $0^{m},003$. (Fig. 2.)

On connaît une affection, chez les veaux, que le vulgaire appelle *dartre*, qui est très contagieuse aux animaux de la même espèce et même à l'homme, et que l'on regardait par induction — car l'examen microscopique n'en avait pas encore été fait — comme analogue à la

*dartre tonsurante* du cheval et due à la même cause. Un vétérinaire de Normandie m'ayant transmis des croûtes de cette dartre du veau, aussi bien que des croûtes d'une *dartre* développée sur la face de son

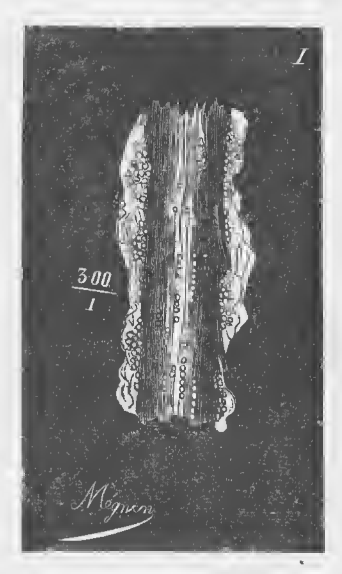



Fig. 2.

domestique, à la suite d'un contact qu'il avait eu avec un veau dartreux qu'il avait été chargé de panser, l'étude microscopique des unes et des autres m'a montré que la *dartre du veau* est bien une vraie teigne conservant ses caractères sur l'homme, mais présentant des différences caractéristiques avec celle du cheval. Elle en diffère par ses croûtes, qui sont jaunâtres au lieu d'être grises ardoisées, par la surface herpétique, qui est complètement glabre au lieu d'être hérissée de poils rompus près de sa surface; par des poils entiers non dilacérés et entièrement avulsés, par son cryptogame qui végète dans le follicule et dans les couches épidermiques voisines et non sur le poil, ce qui détermine la chute complète de ce poil, et même de couches entières d'épiderme, ce qui rend parfois la surface herpétique ulcéreuse. Ce champignon a des sporules jaunâtres qui ont un diamètre constant de $0^m,005$ à $0^m,006$. Ce tricophyton est donc différent du précédent, et j'ai proposé de le nommer *tricophyton décalvans*. (Fig. 3.)

Pour bien m'assurer que ces deux tricophytons constituent bien deux espèces distinctes et que les différences qu'ils présentent ne tiennent pas à des différences de terrain, j'ai cultivé sur un cheval les deux *tricophy-*

*tons* à côté l'un de l'autre ; deux herpès ont été la conséquence de ces inoculations — faites à l'aide de simples frictions avec les croûtes, — et ces deux teignes ont parfaitement conservé leurs caractères distinctifs, aussi bien que les deux champignons.

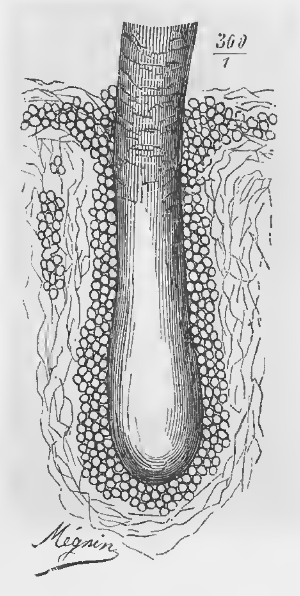



Fig. 3.

J'ai répété a même expérience au moyen de croûtes conservées depuis dix-huit mois, sur un petit chien de six semaines, et j'ai obtenu le même résultat que chez le cheval ; c'est ce petit chien que j'ai l'honneur de présenter à la Société, et tout le monde peut constater *de visu* ce résultat : on voit côte à côte des teignes simplement tonsurantes et des teignes ulcérées, les premières causées par le *tricophyton tonsurant* et les secondes par le *tricophyton décalvant*.

Ainsi donc, quand chez l'homme on trouvera des variétés de teignes tonsurantes, les unes tendant à l'ulcération, les autres constituant de simples herpès circinés, celles-ci fournissant un tricophyton à sporules de $0^m,002$ à $0^m,003$ de diamètre et bleuâtres, celles-là fournissant un cryptogame à sporules jaunâtres de $0^m,006$ de diamètre, celles-ci auront le veau pour origine et les autres le cheval ou le chien, car le chien contracte fréquemment la teigne du cheval et la transmet avec tous ses caractères à d'autres chiens ou à l'homme.

Pour compléter cette communication sur les teignes des animaux, je

dirai que j'ai constaté sur le cheval la *teigne pelade* sans la présence d'aucun cryptogame, et, par suite, de nature essentiellement dermotrophique (Fig. 4); les poils malades, littéralement cariés et à nutrition

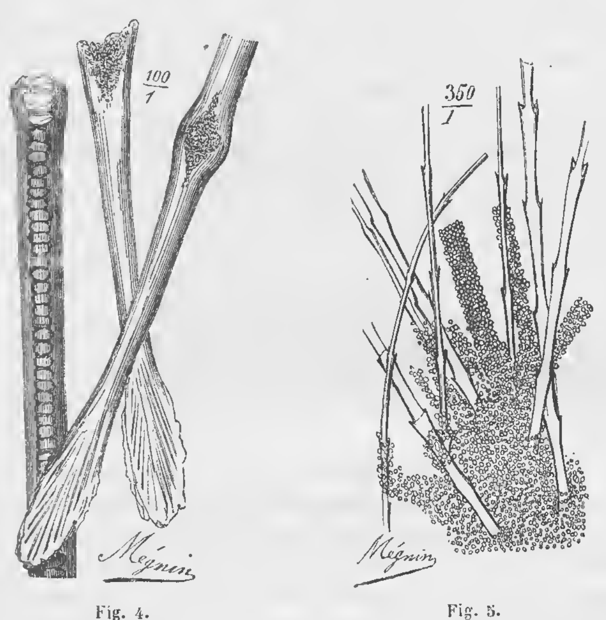



Fig. 4. Fig. 5.

manifestement viciée, étaient remplacés dans certaines régions, après guérison, par des poils sains et vigoureux, mais décolorés et complètement blancs. J'ai aussi vu, sur un perroquet (kakatoës) une *pelade* réellement parasitaire, causée par un *microsporon* dont les sporules n'avaient pas plus de un millième de millimètre de diamètre et qui faisaient tomber les plumes sur lesquelles il végétait. (Fig. 5.)

Le fait de l'existence, chez les animaux, de deux espèces de *pelades* de nature essentiellement différente, l'une parasitaire et l'autre dermotrophique, vient à l'appui de cette opinion soutenue par un certain nombre de médecins, à savoir que ces deux espèces de pelades existent aussi chez l'homme.

M. Quinquaud. Les recherches faites par M. Mégnin sur les animaux concordent tout à fait avec ce que j'ai vu chez l'homme. Chez ce dernier, il existe plus de trois espèces de *teigne tonsurante :* une *première* classique; une *seconde* qui fait tomber le poil par places, mais qui çà et là le sectionne. Il y a dans sa physionomie quelque chose qui rappelle la *pseudo-pelade* de Bazin ; dans la première, en général, les

spores ont 0.005 à 0.006 millimètres ; dans la seconde, 0.002 à 0.004 millimètres. Une troisième variété présente des placards où les cheveux sont coupés, mais avec production abondante de *croûtes*, de produits d'exsudation : on fait souvent une erreur de diagnostic en croyant avoir affaire à un eczéma impétigineux, alors qu'il s'agit d'une teigne tondante. Mais les plus fréquentes erreurs de diagnostic se font lorsque le trichophyte de cette troisième forme se développe à la face ; en s'étendant, il simule un eczéma, un impétigo, une acné ou une éruption artificielle à lésions élémentaires multiples. Le champignon est plus difficile à découvrir ; il faut l'étudier à la périphérie de la lésion.

Pour la teigne pelade de l'homme, il en existe au moins deux variétés : une dermotrophique, qui souvent se *généralise ;* une deuxième parasitaire, ordinairement *localisée ;* indépendamment de quelques caractères microscopiques, elles se distinguent par la présence de spores dans le second cas, et leur absence constante dans le premier. Dans le second cas, il faut aller chercher les spores sur la zone de chevaux sains qui entourent la plaque, ou aux confins de la plaque même : les spores ont 0.001 millimètre au plus.

Enfin, il existe une affection non décrite des cheveux et de la barbe, que je désigne sous le nom de *nouure* et qui consiste en une tuméfaction nodulaire du cheveu ou du poil, lequel présente en ce point une dissociation de ses fibres ; là aussi il devient blanc, de telle sorte qu'au premier aspect on croit qu'il s'agit de *lentes* dispersées sur les poils, qui se brisent en cet endroit. Je n'ai point encore pu déterminer s'il s'agissait d'une affection parasitaire.

M. Malassez : A l'hôpital Saint-Louis, on voit des teignes avec des aspects bien différents, qui doivent correspondre à des variétés différentes.

---

# LA FEMME AUTOGRAPHIQUE.

## TROUBLES VASO-MOTEURS DE LA PEAU OBSERVÉS SUR UNE HYSTÉRIQUE,

par M. **DUJARDIN-BEAUMETZ.**

M. Dujardin-Beaumetz a présenté à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, dans la séance du 11 juillet 1879, une malade offrant, sous une forme rare et extrêmement remarquable, des troubles vaso-moteurs de la peau du plus grand intérêt.

Nous donnons ici le texte même de sa communication, à cause de son importance au point de vue dermatologique.

**Hystérie; perte de la sensibilité générale à toute la surface de la peau; troubles vaso-moteurs permettant aux caractères qui sont tracés sur la peau de paraître en relief pendant plusieurs heures.**

### I (1)

J.... J...., âgée de 29 ans, journalière, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 30 juin 1879, salle Sainte-Agathe, n° 16, dans le service de M. le Dr Dujardin-Beaumetz.

C'est une femme de complexion délicate, et surtout d'un tempérament nerveux très prononcé. Son père est mort à l'âge de 51 ans, d'une affection chronique de la poitrine; sa mère, morte à l'âge de 52 ans, a eu un grand nombre d'attaques de nerfs. Elle avait quatre frères et une sœur, tous aujourd'hui morts : les uns de la poitrine, les autres de méningite tuberculeuse. Le dernier, qui a succombé à l'âge de 19 ans à une fièvre typhoïde, était somnambule. Il avait l'habitude de courir la nuit sur les toits. Ainsi, dans cette famille, tous les enfants présentaient une grande faiblesse de constitution et une disposition non douteuse aux névroses.

La malade qui fait le sujet de notre observation se montre, dès son plus jeune âge, prédisposée à des affections nerveuses de tout ordre.

A 9 ans, elle devient sourde des deux oreilles, et cette surdité, sans écoulement par le conduit auditif, sans mal de gorge, se dissipe au bout de quelques mois.

A 12 ans, elle est prise d'une chorée violente qui lui enlève tout sommeil pendant plus d'un mois, et qui ne disparaît qu'après

(1) Observation rédigée par M. Dubar, interne du service.

deux ans et demi. Encore aujourd'hui, il lui reste quelques grimaces légères de la face.

A 16 ans, la menstruation apparaît. La malade raconte que, le jour même de l'apparition de ses règles, son père mourut, et le chagrin que cet événement lui occasionna a provoqué sa première crise nerveuse. Elle perdit connaissance pendant trois jours et trois nuits, et ses parents lui ont raconté que, pendant tout ce temps, elle remuait violemment tout le corps. Elle suivit, à cette époque, un traitement qui amena de bons résultats, puisque, pendant deux ans, elle n'eut plus d'attaques de nerfs et qu'elle jouit d'une bonne santé. A partir de ce moment, la menstruation a toujours été normale.

A 18 ans, la mort d'un de ses frères provoqua une deuxième crise d'une extrême violence et d'une durée de neuf jours. Il paraît qu'on lui pratiqua une saignée du bras et une du pied, qui amenèrent une détente complète.

A partir de cette époque, sa santé a été très satisfaisante. Elle pouvait travailler et même se livrer à des occupations assez fatigantes. Elle restait toujours très nerveuse, impressionnable, avait là, assez rarement d'ailleurs, de petites attaques d'hystérie lorsqu'on la contrariait; mais elle ne souffrait pas.

Pendant les premiers mois de l'année 1878, elle commença à ressentir de vagues douleurs dans la poitrine et le ventre. Ces douleurs allèrent en augmentant, au point que, au mois de mars de cette année, elle entra à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le profeseur Ball. Elle y resta un mois, et en sortit parce que, dit-elle, elle ne voulait pas se soumettre au traitement qu'on lui imposait.

Quelques mois après sa sortie de l'hôpital, sans aucun traitement, ses douleurs disparurent comme par enchantement. Ne souffrant plus, elle se croyait complètement guérie. Néanmoins, environ tous les deux mois, elle avait une attaque d'hystérie à mouvements cloniques très prononcés; mais elle n'y faisait pas attention et les mettait sur le compte de contrariétés. Vers le mois de mai 1879, ses douleurs de poitrine et de ventre reparaissent; en même temps, elle ressent dans les membres une grande faiblesse. Elle peut à peine marcher. Bientôt elle perd l'appétit. Elle entre à l'hôpital le 30 juin.

Les troubles nerveux que présente cette malade sont très complexes. Nous avons déjà mentionné dans ses antécédents un certain nombre d'accidents nerveux.

Nous ne ferons qu'énumérer ici les symptômes actuels offerts à notre observation, qui ne sont autres que ceux d'une hystérie très prononcée, nous réservant d'attirer l'attention et d'insister tout particulièrement

sur un phénomène bizarre, tout au moins exceptionnel, sinon unique jusqu'ici dans la science.

La sensibilité générale est profondément modifiée. Toute la surface cutanée est le siège d'une anesthésie complète. On peut lui traverser de part en part la peau des membres, du ventre, des seins, de la face, sans qu'elle ressente la moindre douleur. Toutefois, dans ces cas, elle perçoit une légère pression, ce qui prouve que le sens du tact n'est pas complètement aboli. La sensibilité au froid, à la chaleur, au chatouillement, ne se rencontre pas davantage. Du côté des muqueuses, nous ne notons aucun phénomène du même ordre.

Le tact est très diminué. En effet, la malade n'arrive à coudre qu'avec les plus grandes difficultés. Les aiguilles lui échappent, et, si elle n'y porte la plus grande attention, si ses yeux perdent un instant la direction de l'ouvrage, elle continue à faire les mouvements de la main et du bras, mais alors sans aiguille entre les doigts, et par conséquent sans résultat, ce qui lui cause une grande irritation. Il n'existe pas d'anesthésie plantaire : elle sent parfaitement le sol et en discerne la nature. A plusieurs reprises, pendant la même journée, une sensation de boule partant de l'épigastre et remontant à la gorge est perçue par la malade. C'est dans ces moments-là que, la constriction épigastrique augmentant plus que d'ordinaire, il lui arrive d'avoir des vomissements. Nous ne constatons actuellement aucun trouble des organes des sens. Nous rapportons, en effet, à l'anémie les vertiges qu'elle éprouve lorsque, s'étant baissée pour ramasser un objet, elle vient à se relever.

A ces troubles de la sensibilité viennent s'ajouter des névralgies intercostales, lombaires, des douleurs dans les jambes.

On ne rencontre aucune diminution appréciable de la motilité ; la force musculaire est bien conservée.

Nous arrivons maintenant au point le plus intéressant de notre observation, à la description d'un phénomène tout à fait insolite, dont la nature et la pathogénie restent pour nous assez obscures.

Lorsqu'on vient tracer avec l'ongle ou avec un instrument à pointe mousse un trait sur le tégument externe, on voit apparaître au bout de quelques secondes une traînée rouge, puis cette rougeur s'étend et forme une plaque rectangulaire ; enfin, au bout de deux à cinq minutes se montre, dans toute l'étendue de la ligne tracée sur la peau, une saillie blanche dont le relief va s'accusant de plus en plus jusqu'à atteindre 1 millimètre 1/2 à 2 millimètres d'épaisseur. Les choses restent en l'état pendant trois à six heures, quelquefois même pendant douze heures, puis tout disparaît.

On peut varier de mille manières l'expérience, exécuter sur la peau

les dessins les plus divers, écrire des noms de dix à quinze lettres; partout où l'instrument mousse a appuyé, on a un relief blanc, et tout autour, dans une étendue de 4 à 5 centimètres, une plaque rouge. Au niveau de cette plaque, il existe constamment une notable élévation de température facilement appréciable à la main.

Lorsque le phénomène a atteint tout son développement, lorsque la plaque et les reliefs sont bien constitués, la portion de la peau qui en est le siège ressemble assez bien à un cliché d'imprimerie ; de là le nom de *femme-cliché*, de *femme autographique*, sous lequel elle est connue depuis son entrée dans le service.

Les sensations subjectives de la malade au niveau de la plaque sont nulles.

Comment peut-on interpréter ce fait ? Il n'est pas douteux qu'il existe un trouble vaso-moteur considérable. La rougeur qui apparaît au début est complètement sous sa dépendance. Mais est-il possible d'expliquer de la même manière le relief blanc de la peau ? Ce relief, nous l'avons vu, est considérable, puisqu'il a jusqu'à 2 millimètres d'épaisseur. Nous avons vu survenir souvent, chez des femmes hystériques, sous l'influence de pressions, d'irritations ou encore d'une application d'aimant, des plaques d'urticaire. Il n'est pas douteux qu'il y ait une analogie très grande entre ce développement d'urticaire et l'apparition des cordons en relief blanchâtres de notre malade. Nous n'entrerons pas ici dans une discussion plus approfondie. Notre maître, M. le Dr Dujardin-Beaumetz, se réserve de produire lui-même les arguments qui militent en faveur de cette opinion.

## II

Voici donc, en résumé, une femme de 29 ans qui présente tous les caractères de l'hystérie et qui offre une perte générale de la sensibilité cutanée ; on peut la piquer aussi profondément que possible, traverser de part en part la cuisse et les bras, sans déterminer chez elle aucune manifestation de la sensibilité ; le tact, ainsi que le sens du chaud et du froid, sont aussi abolis ; mais ce sont là des faits communément observés chez les hystériques et sur lesquels je n'insisterai pas davantage. Cependant, je dois vous dire que toutes les tentatives que nous avons faites soit avec la série métalloscopique tout entière, soit avec les aimants ou les électricités, n'ont pu modifier cette perte du sentiment.

Ce qui fait tout l'intérêt du cas qui nous occupe, c'est que, lorsque l'on vient à faire une pression un peu vive sur la peau, surtout avec un corps dur, on voit se produire au bout de quelques minutes une saillie

correspondant très exactement au point touché ; saillie qui dure plus ou moins longtemps, d'abord bien limitée et à contours fort nets, puis s'étalant de plus en plus pour s'effacer au bout de quatre à cinq heures. Le point ainsi touché est rouge, et la chaleur de la peau en cet endroit est plus élevée.

L'aspect cutané reproduit absolument l'urticaire, mais urticaire curieuse et bien étrange, puisqu'elle peut se limiter tellement au point touché, que l'on peut tracer les caractères que l'on veut sur la peau de cette malade, et voir ainsi, comme je vous le montre en ce moment, les noms et les mots inscrits de cette manière faire une telle saillie sur la peau que l'on peut encore non seulement les lire très nettement, mais qu'il serait possible d'en tirer de véritables épreuves. Aussi mon collègue et ami le Dr Mesnet a-t-il proposé de surnommer cette malade la femme autographique, et j'accepte cette ingénieuse dénomination.

Malgré l'augmentation de température de la peau, malgré sa congestion et sa rougeur, la sensibilité ne reparaît pas sous l'influence de cette excitation momentanée.

J'ai cherché des cas analogues, et je n'en ai trouvé aucun qui puisse être comparé à celui-ci. Cependant, chez une malade aussi hystérique, j'avais constaté que les piqûres ou les applications d'aimant déterminaient aux points de la peau ainsi touchés des phénomènes tout à fait analogues à ceux que nous voyons ici. J'ai fait rechercher cette malade, et j'ai tenté de produire des caractères sans arriver à aucun résultat. M. le professeur Vulpian, à l'examen duquel cette malade a été soumise, m'a dit avoir observé le même fait chez un homme qui ne présentait aucun trouble hystérique.

Enfin, je dois signaler que, depuis que les journaux de médecine ont parlé de ce fait, le Dr Goubeyre m'a dit avoir observé deux cas analogues, et il a eu même l'extrême obligeance de me montrer une jeune femme hystérique, mais qui ne présente pas d'anesthésie, et chez laquelle on peut aussi tracer des caractères et les voir apparaître en saillie sur la peau.

Enfin, mon collègue M. Duguet m'a montré dans son service un jeune homme chez lequel ce même fait se reproduisait, mais avec une très faible intensité. J'ajoute qu'un de mes élèves, M. Cuévas, qui se propose de rassembler tous ces faits dans sa thèse inaugurale, m'a dit avoir observé dans le service de M. Hérard un cas analogue.

Revenons maintenant à notre malade. J'ai expérimenté chez elle un très grand nombre de moyens pour savoir s'il m'était possible de modifier ce trouble vaso-moteur. J'ai commencé tout d'abord à employer la méthode conseillée en Allemagne par Frantzel et Ernst Schwimmer

pour la cure de l'urticaire, je veux parler des injections d'atropine, puis j'ai usé de l'électricité, des applications des différents métaux selon la méthode de Burq, des aimants ; tout a échoué, et aujourd'hui, depuis plus de six mois que cette malade est soumise à notre observation, le trouble vaso-moteur est aussi accusé et aussi intense qu'à son entrée à l'hôpital. Mon collègue Mesnet, qui pendant les vacances a bien voulu surveiller cette malade, à fait sur elle une série d'observations fort intéressantes, en lui administrant des cerises, des fraises, des groseilles, des crevettes, toutes substances propres à déterminer l'urticaire ; il a toujours obtenu chez elle, sous l'influence de ces aliments, une poussée d'urticaire.

Je veux appeler l'attention de la Société sur deux points principaux de cette observation : le premier, c'est que cette hystérique se prêterait merveilleusement à toutes ces supercheries qui ont fait croire à l'ensorcellement et aux miracles, et ce fait se rapproche par quelques points de ces observations de stigmatisées dont on a tant parlé à une autre époque. Le second point présente plus d'intérêt : à voir l'influence considérable que la pression ou le toucher exerce sur la circulation vaso-motrice de la peau, on peut se demander si des troubles analogues ne pourraient pas se produire du côté de l'axe cérébro-spinal, et si, sous certaines influences, les vaso-moteurs des centres nerveux ne subiraient pas des modifications analogues.

Cette malade a des crises hystériques très nettes et très accusées ; mais elle présente ce fait important, qu'il suffit de faire fixer son regard sur un point précis pendant quelques minutes pour déterminer immédiatement chez elle une attaque cataleptique qui se termine rapidement par une véritable crise hystérique. La malade sent tellement cette influence qu'elle ne parle jamais que les yeux baissés et se refuse à fixer les objets. On peut donc émettre ici l'hypothèse que la vue a sur la circulation vaso-motrice du cerveau la même influence que le contact sur la circulation cutanée, et que c'est sous cette influence que se produisent les attaques hystériques.

Il y a là des points qu'il serait bon d'approfondir, et qui demandent de nouvelles études et de nouvelles recherches. Quoi qu'il en soit, j'ai cru devoir publier ce fait, qui augmente le nombre de cas si bizarres de l'hystérie, et qui vient confirmer cette parole dite par un de nos maîtres, c'est que, dans l'hystérie, il n'y a rien d'impossible.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT. — ÉRUPTION DE PEMPHIGUS LOCALISÉE A LA MOITIÉ GAUCHE DU TRONC CHEZ UNE FEMME ATTEINTE D'HÉMIPLÉGIE GAUCHE (pemphigus zoster), par M. E. BRISSAUD. — Communication à la Société clinique (résumé).

Cette observation se rapporte à une femme de soixante et quelques années, pensionnaire de l'hospice, et qui entra, au mois de mars 1879, à l'infirmerie pour une hémiplégie gauche survenue subitement. Au bout de trente jours, survint de la contracture dans les membres paralysés. Jusqu'en octobre, rien de particulier à signaler dans l'observation de la malade. Il n'est pourtant pas inutile de signaler, bien qu'il s'agisse d'un cas vulgaire, une certaine atrophie des muscles de l'épaule et de l'avant-bras du côté gauche.

Le 7 octobre, la malade se plaint d'éprouver une douleur assez vive dans la région dorsale. On constate, entre le bord interne de l'omoplate et la colonne vertébrale, un assez gros anthrax en voie de suppuration, et, autour de cet anthrax, une éruption confluente de bulles de pemphigus aussi typiques que possible. Trente bulles sont disséminées, à intervalles inégaux, depuis la colonne vertébrale jusqu'à la ligne agillaire. La plupart ont le diamètre d'une pièce d'un franc ; les unes sont opaques, les autres demi-transparentes ; toutes reposent comme des verres de montre sur une auréole rosée. D'autres bulles, plus petites, plus claires, par conséquent plus jeunes, correspondent à la période de vésieulation. Enfin, des macules brunâtres à épiderme mince indiquent que l'éruption est déjà ancienne et répondent à la période de maculation. Ces caractères si tranchés distinguent nettement cette éruption d'un herpès confluent. Du reste, aucune douleur.

Il paraît évident que l'anthrax est postérieur en date à l'éruption bulleuse et s'est développé accessoirement du fait de l'irritation du derme mis à nu par la rupture d'une bulle.

M. Brissaud fait ressortir deux points dans l'observation qu'il présente :

1° La situation de l'éruption sur le tronc, fait assez rare ;

2° L'unilatéralité de la poussée bulleuse du côté paralysé. En considérant la disposition des bulles sur le tronc, il est impossible de ne pas assimiler ce pemphigus à un herpès zoster. Si, d'autre part, on considère qu'il s'est développé dans des circonstances très favorables à l'apparition de troubles trophiques cutanés parmi lesquels le zona occupe une place si importante, l'assimilation de ce pemphigus à un zona bulleux n'a rien que de très rationnel.

Or, dans le cas de notre malade, l'existence du trouble trophique ne

eut pas être niée ; elle est rendue éclatante par l'atrophie musculaire du côté paralysé dont il a été fait mention. Il y a pourtant lieu de remarquer, qu'à l'inverse de ce qu'on constate ordinairement dans le zona des vieillards, la douleur était absolument nulle, et qu'en outre l'éruption ne paraissait pas répondre topographiquement à la distribution d'un ou de plusieurs nerfs intercostaux, mais occupait toute la région intercostale gauche.

Jusqu'à ce jour, on n'a signalé que très exceptionnellement le pemphigus comme complication des maladies organiques des centres nerveux.

Néanmoins, M. Gailleton et M. Déjérine en ont rapporté trois cas.

---

Traitement du lupus par les scarifications linéaires. (Note lue à l'Académie de médecine, dans la séance du 18 novembre 1879, par le Dr E. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis.)

Le traitement externe du lupus a fait, dans ces derniers temps, de grands progrès ; aux cautérisations, on a substitué des moyens plus perfectionnés, liminant plus exactement la destruction du tissu morbide en respectant les tissus sains.

M. Vidal expose, dans cet intéressant travail, les indications, le manuel opératoire et les résultats de la méthode par les scarifications linéaires.

Depuis l'année 1874, le Dr Vidal a opéré plus de 120 malades, en sorte qu'aujourd'hui il dispose de documents suffisants pour baser ses appréciations. L'idée mère de ce traitement est de date assez récente, et ne remonte pas à plus de quinze ans, époque où le Dr Dubini fit ses premiers essais dans cette voie. En 1870, le professeur Volkmann expose sa méthode de raclage à l'aide d'une grosse curette d'acier à bords tranchants. On racle tout le tissu malade, qu'on reconnaît facilement à sa mollesse et à sa friabilité, bien différentes de la résistance des tissus sains. Au bout de trois à quatre jours, alors que les petites cavités dermiques commencent à bourgeonner, on les touche au crayon de nitrate d'argent, afin de détruire les particules de néoplasie qui auraient pu échapper au raclage.

Le professeur Veiel trouvant que le raclage ne mettait pas assez à l'abri des récidives et lui reprochant de laisser une cicatrice violacée, tenta un nouveau procédé — la scarification linéaire. Il se sert d'un scarificateur à six lames parallèles et très aiguës qu'il enfonce jusqu'au

fond du néoplasme, après quoi, sur la surface ainsi scarifiée, il fait une cautérisation avec un caustique composé de parties égales de chlorure de zinc et d'alcool. Ce procédé a l'avantage de pouvoir s'appliquer au lupus érythémateux, où le raclage est presque impossible.

Le raclage, néanmoins, eut d'emblée une brillante fortune, si bien qu'à Vienne, Hebra fit le grattage, non seulement de l'épithélioma, mais aussi de la couperose, de l'acné vulgaire, de l'eczéma chronique, du psoriasis, des ulcères de jambe, etc.

A côté des enthousiastes du raclage, cette méthode avait aussi des détracteurs. Nous avons déjà vu les reproches que lui fit Veiel et la méthode qu'il lui substitua. Volkmann, lui-même, modifia la sienne, en ce sens, que le raclage une fois opéré, et la plaie presque cicatrisée, il pratique avec un bistouri à lame étroite des scarifications ponctuées qu'il renouvelle, trois, cinq et même huit fois dans l'espace de deux à quatre semaines, et n'applique plus de caustique. On obtient ainsi une cicatrice souple et blanche

A Lyon, le Dr Achille Dron abandonna même le raclage pour revenir aux cautérisations au fer rouge. En Angleterre, le Dr Balmanno Squire, au lieu des grandes curettes de Volkmann, se sert de curettes beaucoup plus petites, ce qui lui permet de ménager beaucoup mieux les tissus sains.

Consécutivement au raclage, il fait des scarifications avec une aiguille presque identique à l'aiguille à cataracte; puis il cautérise avec le caustique préconisé par Veiel.

Le Dr Vidal laisse de côté le raclage préalable ainsi que la cautérisation au chlorure de zinc. Comme moyen hémostatique, il se contente d'amadou, de papier buvard ou d'une feuille d'ouate.

*Manuel opératoire* : Il est inutile de recourir au chloroforme, la douleur étant très supportable. Pour les malades très sensibles, le Dr Vidal pratique l'anesthésie locale, soit avec l'appareil de Richardson, soit avec un mélange réfrigérant ordinaire.

Il est préférable, autant que possible, de ne pas user de l'anesthésie locale, et cela pour deux raisons : Après l'anesthésie, pendant la réaction de chaleur qui succède au refroidissement, l'hémorrhagie est plus abondante; en second lieu, la cicatrisation est retardée. Ces effets sont encore plus prononcés après les scarifications nombreuses pratiquées sur les *nævi vasculares plani* (taches de vin). Le Dr Vidal, après s'être servi de l'aiguille de Balmanno Squire, l'a abandonnée à cause de sa fragilité et de sa flexibilité qui diminue la sûreté de main de l'opérateur. Il a fait fabriquer une lame étroite de 2 centimètres 1/2 de longueur, ayant au plus 2 millimètres de largeur, et terminée par

une pointe triangulaire à deux tranchants, se réunissant sous un angle de 55 degrés.

Avec cet instrument, on doit pénétrer jusqu'au fond du néoplasme et attaquer à peine les tissus sains. Dans certains cas de lupus vorax, on est obligé d'enfoncer la lame de plus de 1 centimètre avant d'atteindre les tissus sains. On fait ainsi des incisions croisées en tous les sens jusque sur les bords du néoplasme. S'agit-il d'une surface lupique très étendue, M. Vidal scarifie en premier lieu les bords du lupus serpigineux en atteignant la zone rouge des bords, ou zone d'envahissement, puis il attaque la plaque, partiellement, par îlots. Après l'opération, il applique sur la surface saignante un morceau de ouate qu'il fait comprimer pendant une ou deux minutes. Lorsque la lame a dû pénétrer profondément, ou lorsqu'on a porté les scarifications sur une muqueuse, il est bon d'user du perchlorure de fer comme hémostatique. Les suites sont des plus simples : ordinairement survient une légère réaction locale qui, du reste, favorise les progrès de la cicatrisation.

Le traitement par les scarifications n'exige pas le séjour des malades à l'hôpital. Tant que dure le traitement, ils viennent une fois par semaine à l'hôpital, subissent une séance de scarifications, et retournent aussitôt après à leurs occupations. Après un certain nombre d'opérations, en général de 3 à 6, la cicatrisation envahit la plaque. La cicatrice est souple, lisse, non déprimée ni violacée. Mais souvent, sous la cicatrice, on voit de petits points jaunâtres, tubercules minuscules, prêts à repulluler. Il faut alors aborder la deuxième partie du traitement, la période de perfectionnement, ainsi que l'appelle le Dr Vidal. Avec la pointe de l'aiguille, il détruit minutieusement tous ces tubercules et ne cesse le traitement par les scarifications périodiques, que lorsque l'examen le plus attentif a montré qu'ils ont complètement disparu.

Pendant toute la durée du traitement local, les malades sont soumis à un traitement général, suivant les indications fournies par l'état constitutionnel.

Les scarifications ne réussissent pas également bien dans toutes les variétés de lupus. D'une efficacité remarquable pour la guérison des formes tuberculeuses, qu'elles soient ulcéreuses ou non, — même dans les cas de lupus vorax, — le traitement a moins d'action contre le lupus érythémateux, et une puissance encore moindre contre le lupus acnéique. Pour ces deux dernières variétés, M. Vidal a plutôt recours aux caustiques superficiels, notamment à l'acide pyrogallique.

L'auteur du mémoire que nous analysons conclut que le traitement externe par les scarifications est le moins douloureux, le plus sûr, celui

qui met le mieux à l'abri des récidives, enfin celui dont les résultats, au point de vue de la régularité de la cicatrice, sont les meilleurs.

---

Prophylaxie et traitement de la teigne tondante, par le Dr E. Rouquayrol. (Thèse de Paris, 1879.)

Dans cette dissertation inaugurale l'auteur a pour but d'appeler l'attention sur un nouveau mode de traitement de la teigne tondante.

Depuis longtemps déjà on cherche à remplacer par d'autres moyens ceux que l'on emploie actuellement contre la teigne tondante. L'épilation qui est la base de la médication en faveur n'est pas toujours facile à exécuter. Outre qu'elle est, chez quelques enfants, assez douloureuse, on éprouve aussi des difficultés réelles, sinon insurmontables, à trouver une personne sachant bien épiler. A Paris, à Lyon, dans tous les grands centres c'est encore chose possible, mais dans les petites villes, les campagnes il n'en saurait être de même.

Aussi toute méthode qui permettrait de renoncer à l'épilation sera-t-elle bien accueillie des praticiens, à condition toutefois qu'elle n'entraîne pas des inconvénients d'un autre genre.

M. Ladreit de Lacharrière a présenté, à l'Académie de médecine en juillet 1876, une note dans laquelle il exposait les résultats qu'il avait obtenus chez un certain nombre d'enfants atteints de teigne tondante, avec l'huile de croton employée sous forme d'un bâton de cosmétique composé d'un mélange de beurre de cacao et de cire blanche contenant 50 0/0 d'huile de croton.

Sur 18 malades, la durée du traitement a été de six semaines à deux mois pour chacun. Chez la plupart de ces enfants la teigne existait depuis six mois, un enfant avait la teigne depuis 2 ans, un autre depuis 3, et un troisième depuis 5 ans. Chez ces derniers la maladie a reparu plusieurs fois ; tous ces malades avaient été traités auparavant par l'épilation, la pommade au turbith minéral, et des lotions quotidiennes de sublimé. La guérison a été constatée chez tous ces malades.

M. Cadet de Gassicourt a, de son côté, publié dans le *Bulletin de thérapeutique* (1877) un travail sur le même sujet. Sur 32 cas il a obtenu 21 guérisons ; la durée du traitement pour les cas de guérison a été de un à onze mois au plus (dans 17 cas il n'a pas dépassé 6 mois).

Notons que 3 cas se sont terminés par une calvitie incurable. De plusieurs autres observations communiquées par M. Ladreit de Lachar-

rière il résulte que 13 enfants ont été soignés à l'infirmerie de l'Institut national des sourds-muets et que la durée totale du traitement pour 13 cas a été de moins de 4 mois dans 12 cas, un seul a exigé 6 mois. Dans 3 cas 25 jours ont suffi. Dans 18 autres cas rapportés par le même auteur les résultats ont été identiques, c'est-à-dire le plus souvent le temps exigé pour la guérison a été de 1 à 2 mois.

En résumé, sur 52 malades guéris (Cadet de Gassicourt), la durée moyenne du traitement a été de 3 mois, et pour les 18 cas de M. Ladreit de Lacharrière de 6 semaines à 2 mois.

Telle est autant qu'elle peut être résumée en quelques lignes, la thèse de M. Rouquayrol. Ce sont là des faits du plus haut intérêt. Toutefois on nous permettra bien de faire quelques observations qui tendent surtout à provoquer un supplément d'informations. Ainsi l'auteur ne nous dit pas si une fois la guérison *apparente* constatée, on a laissé les malades un certain temps (et combien de temps?) en expectation avant de déclarer leur guérison définitive. Je ne doute pas que cette précaution n'ait été prise, elle n'a certainement pas été négligée par des médecins aussi expérimentés que MM. Ladreit de Lacharrière et Cadet de Gassicourt. Mais encore serait-il bon de nous le dire et de nous fixer sur la durée de cette période de contrôle nécessaire. C'est là un point essentiel et sur lequel tous les dermatologistes insistent avec raison.

D'autre part le cosmétique à l'huile de croton agit en déterminant sur les points où il est appliqué une inflammation qui se traduit par une éruption vésiculeuse plus ou moins confluente. Ces vésicules se dessèchent en croûtes impétiginiformes, le cuir chevelu est en même temps tuméfié et douloureux. « On applique alors, dit l'auteur, des cataplasmes de fécule de pommes de terre, et au bout de deux ou trois jours ces croûtes se détachent, entraînant avec elles la plus grande partie des cheveux malades, ainsi que les parasites ; les cheveux qui restent sont peu adhérents, et peuvent être enlevés sans douleur, souvent même par la seule application d'un nouveau cataplasme. D'autres fois, les cheveux ne tombent pas et ne sont pas entraînés comme nous venons de l'indiquer, mais si on les examine, à la loupe, on reconnaît que le derme est le siège d'un travail inflammatoire, et on voit sourdre autour de chaque cheveu un liquide séro-purulent qui contient les éléments parasitaires en même temps que des débris épidermiques. » (Pages 23 et 24.)

Nous avons tenu à reproduire textuellement ce passage de la thèse de M. Rouquayrol, car mieux que nous ne pourrions le faire il indique très explicitement et très clairement les dangers du traitement qu'il propose. Comme il a soin de l'ajouter immédiatement après, il faut sur-

veiller le travail inflammatoire pour éviter qu'il ne prenne des proportions maladives. C'est en effet là où gît toute la difficulté, et elle est grande; car tous ceux qui ont employé l'huile de croton, sur quelque région et dans quel but que ce soit, savent assez qu'il serait téméraire d'affirmer qu'on pourra limiter ses effets, aussi bien quant à l'intensité, que quant à l'étendue de l'éruption.

Cette méthode, d'ailleurs, n'est pas nouvelle; ainsi M. le Dr Lailler avait déjà essayé ce mode de traitement. Il se servait d'une pommade à l'huile de croton, au quart, au tiers, et même à la moitié. Nous avons nous-même mentionné (1) cette pratique de notre éminent confrère. Voici ce que nous en disions après l'avoir vue bien des fois employer à Saint-Louis : appliquée sur les plaques rosées, celles-ci deviennent animées, rouges, enflammées, il survient une dermite parfois même assez intense. C'est là, du reste, un des inconvénients de cette préparation, sur lesquels M. Lailler a appelé l'attention; la dermite pourrait en effet, si elle persistait trop longtemps, entraîner à la longue l'oblitération des follicules pileux et par suite une calvitie partielle. Cette pommade n'est appliquée que deux ou trois fois au plus et d'une manière successive. En un mot il ne s'agit que de provoquer une poussée, aussi dès que la pustulation apparaît, M. Lailler a soin de faire cesser le remède.

La pommade à l'huile de croton paraît, du reste, favoriser l'épilation, les cheveux se détachent plus facilement; aussi M. Lailler emploie-t-il de préférence aujourd'hui dans le traitement de la teigne tondante ces deux méthodes combinées.

Ce que nous disions alors de la pommade avec l'huile de croton nous croyons pouvoir l'appliquer à aussi juste titre au cosmétique fait avec la même substance. La dermite et l'oblitération consécutive des follicules pileux restent toujours les inconvénients sérieux de ce mode de traitement d'ailleurs recommandé, il faut le reconnaître, par de réels succès.

Bien des essais tant en France qu'à l'étranger ont été faits pour trouver un moyen qui permît de s'affranchir de l'épilation, et on doit encourager toutes les tentatives qui seront poursuivies dans cette direction. Le véritable progrès sera celui qui guérira la teigne tondante ainsi que les autres affections phytoparasitaires sans nécessiter un sacrifice douloureux et toujours lent et difficile à réparer.

Nous terminons ici ce rapide exposé d'une question sur laquelle nous avons autre chose encore à dire, et que nous n'avons pas pu traiter complètement, nous y reviendrons incessamment. A. DOYON.

## SYPHILIS.

RECHERCHES SUR LA TRACE INDÉLÉBILE DU CHANCRE SYPHILITIQUE, SES CARACTÈRES, par M. MOUTAZ, interne lauréat des hôpitaux de Lyon. Broch. in-8°. Lyon, 1879.

Ce très intéressant Mémoire comprend le résumé de cent observations recueillies dans le service de M. le Dr Horand, chirurgien en chef de l'Antiquaille. Il s'agit d'un des plus curieux problèmes que soulève la syphiliologie. On comprend quelle importance il y aurait à retrouver toujours le témoignage révélateur incontestable d'une infection antérieure. Combien de malades, en effet nient, ou peu soigneux de leur personne, ont oublié qu'ils ont eu autrefois un chancre infectant. De quelle utilité cependant ne serait pas dans quelques cas le signe certain que les phénomènes douteux, obscurs que l'on a sous les yeux, doivent être rapportés à la syphilis.

Je sais bien que dans des cas de cette nature le clinicien prudent n'hésitera jamais à prescrire les remèdes dont plus que tout autre on a pu dire avec raison : *Naturam morborum ostendunt curationes*. Mais parfois on perd à cette épreuve, dont le résultat ne saurait s'improviser, un temps précieux. Ce n'est, en général, qu'après avoir constaté l'inutilité d'une foule d'autres médications, qu'on en arrive tardivement à conseiller l'iodure ou un traitement mixte. C'est bien souvent le dernier espoir que l'on a en face de lésions d'une gravité exceptionnelle.

Or, si le *chancre syphilitique laissait toujours une cicatrice, ou tout au moins une trace caractéristique*, etc., il n'en serait plus de même, et le doute ferait place à la certitude.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce point, comme en témoigne l'historique d'ailleurs très bien fait que M. Moutaz a placé en tête de son Mémoire.

Des nombreuses observations citées par l'auteur, il résulterait: 1° Que le chancre simple, lorsqu'il n'est ni phagédénique, ni serpigineux, et qu'il ne résulte pas d'une inoculation cutanée, ne laisse pas de cicatrice; 2° que le chancre syphilitique au contraire laisse toujours une marque indélébile.

Dans ce cas, cette cicatrice présente une physionomie différente, suivant le siège occupé par le chancre.

Suivons l'auteur dans les considérations empreintes d'un caractère vraiment clinique, qu'il développe à propos de ce point.

*Trace du chancre sur le reflet du prépuce et la rainure.* — Si dans un certain nombre de cas, les chancres syphilitiques du reflet ne s'accompagnent pas de cicatrice avec production de tissu inodulaire, il n'en est pas moins certain que le chancre de cette région laisse cependant une trace indélébile de son passage. Dans les cas cités par l'auteur, où il n'y avait pas de cicatrice véritable, on pouvait toujours constater au moins une dépression légère arrondie ou ovalaire, au niveau de laquelle la muqueuse diffère par son aspect de la muqueuse ambiante, tantôt elle est plus lisse, tantôt le ton de la coloration est simplement modifié. Quelquefois cette dépression manque, et alors c'est seulement une variation de nuance qui permet de reconnaître l'existence d'un chancre antérieur.

Pour les chancres de la rainure, le plus souvent on voit à leur place une fine cicatrice blanche très superficielle et très petite.

Les chancres du filet laissent toujours une trace indélébile et très apparente de leur passage. Il en est du reste de même pour les chancres phagédéniques de cette région, et il serait difficile de distinguer l'une de l'autre, les cicatrices qui succèdent à ces deux pertes de substances.

Quant à la cicatrice à laquelle le chancre syphilitique donne lieu, sur le méat et sur le gland elle présente des caractères très tranchés. En ce qui concerne la dernière surtout elle est facile à reconnaître. Il s'agit d'une dépression plane et arrondie, à bords nettement délimités; son fond est plat, de couleur plus sombre que la muqueuse normale. On dirait qu'avec un fin ciseau on ait tracé une petite circonférence et décollé la muqueuse dans l'étendue du cercle.

*Trace du chancre sur les lèvres et dans la bouche.* — M. Moutaz a, pour les premiers, toujours trouvé une fine cicatrice blanche très apparente; à la place des chancres de la bouche, une cicatrice blanche, arrondie, de dimensions assez étendues.

*Trace du chancre sur la peau et sur le fourreau.* — Suivant M. Horand ces derniers sont toujours syphilitiques. Ces chancres terminent par une cicatrice blanche au centre, pigmentée à la périphérie; cette cicatrice se rapprocherait beaucoup de celle consécutive à l'ecthyma syphilitique. Les chancres simples cutanés laissent bien aussi une cicatrice, mais elle diffère de celle de l'ulcère huntérien en ce qu'elle est blanche sans la moindre trace de pigmentation à sa périphérie.

Tels sont, résumés aussi exactement que possible, les caractères attribués par le savant chirurgien en chef de l'Antiquaille, M. Horand, aux traces que laisse le chancre syphilitique sur les organes.

Ce travail, comme tous ceux qui se sont produits sous sa direction, sont marqués au coin d'une très grande précision et ne sauraient passer

inaperçus des syphiligraphes. La question soulevée par M. Horand et qui n'avait été qu'effleurée par les auteurs précédents, peut avoir, comme nous l'avons dit en commençant, une importance très grande; le fait de la persistance constante de la trace du chancre syphilitique, serait aussi un élément précieux à consulter en médecine légale. Toutefois, les caractères énoncés par M. Moutaz sont-ils assez nets, assez tranchés pour qu'on ne puisse les confondre avec ceux d'une nature différente ayant leur siège sur les organes génitaux? Et d'autre part sont-ils assez persistants pour que leur absence doive être regardée comme le signe certain d'absence d'une infection antérieure? Nous avouons que, tout ébranlés que nous soyons par les arguments de fait et de droit qu'il a su réunir à l'appui de sa thèse, nous n'oserions pas jusqu'à présent être aussi affirmatifs que notre estimé confrère. Quoi qu'il en soit, c'est là un mémoire d'un haut intérêt et nous félicitons vivement MM. Horand et Moutaz de leurs recherches; elles contribueront assurément par elles-mêmes ou par les contestations qu'elles pourront provoquer, à éclairer ce point encore obscur et un peu négligé de syphiligraphie. C'est un élan venant de haut et qui entraînera plus d'un indifférent et plus d'un sceptique.

A. DOYON.

---

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER. — DES GOMMES, PALATINES ET PHARYNGÉES, ULCÈRE LARVÉ DU PHARYNX.

S'il est un accident syphilitique qui nécessite de notre part une vigilance toute spéciale et des soins immédiats, assurément c'est la gomme du palais. Elle peut évoluer, se ramollir et produire des perforations souvent irrémédiables sans que l'attention du malade, et par suite celle du médecin soit appelée vers la gorge. C'est trop souvent au moment où éclatent les symptômes fonctionnels, qu'on songe à intervenir alors qu'un traitement énergique eût dissipé la tumeur avant qu'elle ait eu le temps de suppurer.

L'anatomie pathologique de la gomme palatine est peu connue: mais l'observation clinique y supplée suffisamment pour nous.

Du reste, la gomme palatine présente les mêmes particularités de structure que les gommes des autres régions du corps.

Au point de vue clinique, il importe de distinguer deux périodes dans l'évolution de la gomme; la période d'infiltration et celle d'ulcération.

Au début, le voile du palais présente des déformations variables suivant le volume et le siège de la gomme. On voit, le plus souvent, une

tumeur présentant un bord libre et arrondi, et dans le reste de son étendue se confondant insensiblement avec le voile; c'est qu'en effet, elles sont fréquentes au niveau du bord libre. La muqueuse est rouge, tuméfiée et d'une dureté en rapport avec celle de la gomme sous-jacente; elle est en même temps, épaissie par une infiltration soit inflammatoire, soit gommeuse. Malgré l'état avancé de la lésion à cette époque, il n'y a pas encore de troubles fonctionnels; la douleur notamment fait complètement défaut. Quelquefois le malade éprouve un peu de gêne de la déglutition, mais il ne s'inquiète pas de ce qu'il prend pour un « simple rhume ». C'est pourquoi le médecin voit rarement cette phase de la maladie, et ce n'est qu'au moment où débutent brusquement les signes fonctionnels, que le malade effrayé songe à le consulter.

La gomme a donc évolué silencieusement jusqu'à la période d'ulcération. A cette période, et souvent avec une grande brusquerie, se manifestent le nasonnement et le reflux nasal. Ce reflux, constant pour les liquides, moins prononcé pour les aliments solides, est plus ou moins complet suivant l'étendue de l'ulcération.

Ces symptômes augmentent avec les progrès de l'ulcère, qui débutant ordinairement par un petit pertuis, s'élargit rapidement. A sa suite, on peut constater une perforation complète du voile, ou bien un ulcère creux à bords entaillés, à fond jaunâtre bourbillonneux. La perforation peut être centrale ou marginale, et alors elle peut ronger la base de la luette et en déterminer la chute.

Nous n'insistons pas davantage sur les caractères de la gomme ulcérée; ils sont assez nets pour nous éviter toute erreur. Mais ce qu'il importe de ne jamais méconnaître, c'est la gomme non encore ulcérée, alors que le traitement spécifique prescrit à temps, peut encore en amener la résorption. Il importe de visiter régulièrement la gorge de tout syphilitique qu'on traite, et cela surtout aux périodes avancées de la maladie, alors même que le malade n'accuserait aucun signe fonctionnel. On évitera facilement la confusion avec une angine non spécifique, en basant son diagnostic sur ces trois signes négatifs : pas de signes généraux fébriles, pas de gêne fonctionnelle ni de douleur, pas d'engorgement ganglionnaire.

Il est fréquent de voir les *gommes pharyngées* coïncider avec les gommes palatines. Elles peuvent être circonscrites ou diffuses, et alors l'ulcération consécutive à cette infiltration gommeuse peut avoir une grande étendue. Au pharynx comme au palais, la gomme évolue sans bruit, et c'est là encore ce qui la rend redoutable. L'examen direct peut être rendu très difficile par la tuméfaction du voile, du palais et des amygdales; ailleurs il ne révèle aucune saillie, aucun ulcère si la gomme

occupe le tiers supérieur du pharynx. La lésion peut alors être indéfiniment méconnue ; elle détermine il est vrai une certaine surdité par suite du voisinage de la trompe d'Eustache, ou un coryza postérieur très tenace, qu'on attribue alors trop facilement à la scrofule ou à l'herpétisme.

C'est dans ces cas malheureux, que la lésion méconnue et abandonnée à elle-même détermine la nécrose des os du nez qui sont éliminés en séquestres avec le pus d'un coryza caséeux fétide, en sorte que ces suppurations continues, ce pus incessamment versé goutte à goutte dans le tube digestif, la gêne de la déglutition entravant l'alimentation, amènent peu à peu le malade à un état de dépérissement pouvant aller jusqu'à la fièvre hectique. Il y a plus : on a vu le cours de la maladie interrompu brusquement par des accidents formidables, tels que des hémorrhagies mortelles par ulcération d'une artère voisine de l'ulcère, des complications médullaires par ulcération des vertèbres des thromboses des veines de la base du crâne, des caries et nécroses, du rocher, qui s'éliminent en morceaux avec le pus, etc.

Lorsque ces lésions guérissent, elles laissent après elles des délabrements, des pertes de substance souvent fort étendues. La cicatrisation des ulcères peut amener des sténoses du pharynx et de l'isthme du gosier ; ailleurs le voile du palais a disparu en partie ou en totalité, et alors les fosses nasales communiquent largement avec la bouche. Enfin, la surdité, la perte de l'odorat, des altérations persistantes de la voix peuvent encore être la conséquence des ulcérations gommeuses.

On voit, par cela, quel doit être le pronostic à porter et avec quel soin on doit instituer un traitement énergique, lorsqu'au début de l'affection, on peut encore espérer en enrayer la marche.

L'iodure de potassium doit être donné de suite, en commençant par trois grammes pour aller progressivement à quatre, cinq et six grammes. En même temps on prescrit les frictions mercurielles, et, comme traitement local, le badigeonnage à la teinture d'iode. Si l'on ne peut atteindre l'ulcère avec le pinceau, on pourra faire gargariser le malade quinze à vingt fois par jour, avec la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Eau distillée............ | 250 grammes. |
| Iodure de potassium... | 3 à 4 grammes. |
| Teinture d'iode......... | 25 à 30 grammes. |

En même temps par les toniques on relèvera la santé générale du malade.

Lorsque la perforation est produite, si elle est petite, on peut tenter d'amener la réunion de ses bords en les cautérisant journellement au

nitrate d'argent. Si, par contre, elle est étendue, il faudra avoir recours soit à une opération de staphylorraphie, soit à un appareil prothétique.

---

DE LA CONTRACTURE MUSCULAIRE SYPHILITIQUE. (*Thèse de* M. CESBRON.)

On peut voir survenir à la période secondaire de la syphilis, quelquefois aussi à la période tertiaire, ou en même temps que les accidents dits de transition, des contractures musculaires développées sans lésions appréciables du muscle contracturé ou de la région qu'il occupe. M. Cesbron a pu réunir quelques cas de cette affection encore peu connue.

On peut rencontrer cette contracture sur différents muscles, au mollet, au masséter, mais son siège de prédilection est le biceps brachial. C'est la myopathie bicipitale de M. Mauriac. Lorsqu'elle occupe le biceps, on constate l'impossibilité de mettre le coude dans l'extension, et la raideur de cette articulation. Si l'on cherche à produire l'extension forcée, on sent le biceps se durcir, se tendre et s'opposer à ce mouvement. Le degré de flexion forcée est, du reste, fort variable, ainsi que l'étendue des mouvements qu'on peut encore communiquer à la jointure.

Toute tentative pour forcer l'extension provoque une vive douleur dans le muscle et non dans l'articulation; celle-ci est saine et l'on constate que les mouvements de flexion complète se font sans difficultés. En cherchant à mettre l'avant-bras dans l'extension, on sent la résistance qu'oppose le tendon du biceps qui se dessine comme une lame rigide sous les téguments; le corps du muscle est globuleux et dur comme pendant sa contraction volontaire. Outre les phénomènes généraux qui sont sous la dépendance de la syphilis, on observe assez souvent des douleurs plus ou moins vives dans plusieurs articulations.

La marche de cette affection est assez variable et dépend, en partie, du traitement. Cependant on a cité des cas de myopathie bicipitale qui ont persisté pendant des années.

Dans un certain nombre de cas, le froid a paru jouer le rôle de cause occasionnelle dans la production de la contracture.

Si la contracture se manifeste à une période peu avancée, on lui opposera les mercuriaux; si elle ne survient que tardivement, c'est à l'iodure de potassium qu'il faudra recourir.

---

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SÉANCE DU 10 OCTOBRE.
PEMPHIGUS SYPHILITIQUE CONGÉNITAL.

*M. Hervieux* a eu l'occasion de constater, sur deux jumeaux nouveau-nés, un pemphigus congénital qu'il croit être syphilitique. Il n'est pas localisé à la paume des mains, mais généralisé à toute la surface du corps. On n'a aucun renseignement sur la santé du père ; la mère ne paraît pas syphilitique. A part cette éruption confluente, la santé des deux enfants est bonne. Chez l'un d'eux, les vésicules sont miliaires et purulentes ; chez l'autre, elles sont volumineuses ; l'une d'elles, occupant le creux poplité, a le volume d'un pois.

*M. Dumontpallier* fait remarquer que le pemphigus n'apparaît guère que 10 ou 15 jours après la naissance et existe surtout aux mains et aux pieds. De plus, les vésicules contiennent de la sérosité et non du pus. Il semble plus juste de rapporter à l'ecthyma les lésions décrites par M. Hervieux.

*M. E. Besnier* fait remarquer qu'il serait bon d'attendre l'évolution complète de l'affection dont parle M. Hervieux avant de chercher à la caractériser définitivement ; c'est une observation à suivre de très près. Quant à la bulle de pemphigus vrai, elle est toujours séreuse au début, comme la vésicule de la varicelle ou l'ampoule de la brûlure, mais il vient un moment où le liquide se trouble et peut devenir purulent. Ce qu'il faut ne pas perdre de vue en tout cas, c'est qu'il y a un pemphigus et des affections pemphigoïdes, et que le terme de pemphigus est souvent employé sans précision dans le langage médical.

*M. Rathery* a vu, dans le service de M. Desnos, un enfant, né d'une mère syphilitique et porteur au lieu d'élection de grosses bulles séreuses qui se remplirent rapidement de pus. Au bout de trois semaines, l'enfant était guéri.

*M. Quinquaud* insiste sur la difficulté qu'il y a à différencier le pemphigus syphilitique de celui qui ne l'est pas. Il fait remarquer que, tandis que le pemphigus syphilitique devient purulent en quelques heures, le pemphigus ordinaire ne passe à la purulence que 5 à 6 jours après son début. De plus, la *nucléine* est très abondante dans le premier, tandis qu'elle existe à peine dans le second. M. Quinquaud expose le procédé à mettre en œuvre pour retirer la *nucléine* du contenu des bulles syphilitiques.

On en recueille la sérosité ; on y ajoute de l'acétate de plomb qui précipite la nucléine combinée à l'oxyde plombique. Traitée ensuite par

l'hydrogène sulfureux, on obtient du sulfure de plomb et la nucléine est mise en liberté. On filtre et on obtient la nucléine sous l'aspect d'une matière albuminoïde, se gonflant par addition d'acide acétique en formant un empois filant, analogue à de la mucine et ayant une odeur ammoniacale.

---

PSEUDO-PEMPHIGUS SYPHILITIQUE, par M. LETULLE. (Communication à la Société clinique.)

Dans ce travail, M. Letulle se propose de montrer que chez le fœtus syphilitique, on peut constater au moment de la naissance, une éruption bulleuse ou pemphigoïde, qui lui semble devoir être différenciée du pemphigus spécifique des nouveau-nés, désigné, par M. Parrot, sous le nom de syphilide bulleuse, manifestation plus ou moins hâtive d'une infection profonde de l'organisme. Cette éruption pseudo-pemphigoïde a une origine différente de celle du classique pemphigus néo-natorum, et peut être, en cas de survie, d'une valeur pronostique différente.

A l'appui de sa thèse, M. Letulle cite deux observations très complètes que nous résumons brièvement:

La première se rapporte à un fœtus né à six mois et mort au bout d'une heure. On constata, sur presque toute l'étendue des téguments, un nombre assez considérable de taches arrondies, brunâtres, toutes plus ou moins larges, les plus grandes mesurant près de 60 millimètres de diamètre et paraissant formées par deux ou trois macules fusionnées, le nombre de ces taches est moins considérable aux extrémités que sur le reste du corps. Sur quelques macules on peut constater sans peine que l'épiderme qui les recouvre est légèrement soulevé et mobile sur la surface sous-jacente.

Sur le centre, les syphilides sont véritablement phlycténulaires, mais ces phlyctènes sont plates et non véritablement bulleuses; l'épiderme qui les recouvre forme des plis à leur surface, ce qui indique bien qu'elles ne contiennent que très peu de liquide; sous cet épiderme, la peau n'est pas ulcérée.

Les viscères sont normaux. A l'extrémité de la diaphyse de la plupart des os longs on observe une désintégration jaunâtre et pulpeuse de la substance osseuse.

Nous avons bien affaire, dans ce cas, à des syphilides maculeuses dont l'épithélium était pour quelques-unes d'entre elles, déjà en voie de desquamation.

Pour M. Letulle, ces lésions sont bien de nature syphilitique; pourtant il n'a trouvé aucune trace de la maladie chez la mère, dont le premier enfant âgé de quatre ans, vit encore et se porte très bien. D'après les renseignements fournis par la mère, le père du deuxième enfant jouirait aussi d'une santé parfaite.

On peut donc regretter qu'aucune donnée étiologique précise ne soit venue confirmer le diagnostic de la nature syphilitique de la maladie.

La seconde observation de M. Letulle est plus concluante que la première. Il s'agit d'un fœtus né du septième au huitième mois et mort une demi-heure après sa naissance. La mère, paralytique générale, a été traitée à Saint-Louis « pour une dartre ». C'est là le seul renseignement qu'on puisse tirer de ses réponses vagues; mais chez ce fœtus il y avait des lésions viscérales syphilitiques : hépatite diffuse, rate volumineuse et dure; on constata de plus des adhérences péritonéales anciennes périhépatiques, et de plus les lésions d'une péritonite aiguë récente.

Du côté des téguments, les lésions sont semblables à celles que portait le fœtus qui fait l'objet de la première observation : les téguments sont recouverts de larges phlyctènes laissant entre elles des espaces où l'on voit de larges plaques d'un rouge brun caractéristique, arrondies régulièrement.

Le cuir chevelu, la paume des mains et la plante des pieds sont les seuls endroits où les phlyctènes fassent complètement défaut. Par contre ces régions offrent un grand nombre de macules arrondies souvent groupées en cercles plus ou moins incomplets. La plupart des phlyctènes ont leur épiderme rompu et présentent une surface dermique lisse et d'une coloration brun sale toute spéciale. Les dimensions considérables de la plupart de ces soulèvements épidermiques en font de véritables phlyctènes et non des bulles de pemphigus. Remarquons encore qu'on n'en trouve aucune à la plante des pieds ni à la paume des mains. De plus les phlyctènes non rompues étaient à peu près vides, et le peu de liquide qu'elles contenaient était citrin et non purulent, autre preuve qu'il ne s'agissait pas là du pemphigus néo-natorum.

M. Letulle pense, avec M. Parrot, que ces phlyctènes procèdent de simples macules par un phénomène de soulèvement en masse de la couche cornée recouvrant la tache spécifique.

Toute syphilide cutanée desquame à un certain moment de son évolution; ce qui, chez le fœtus, donne à cette desquamation un caractère si spécial, c'est la présence sur toute l'étendue de son tégument, du magma sébacé qui protége et lubrifie l'épiderme. Celui-ci, dans ces conditions spéciales, au lieu de s'écailler ou de se fendiller en collerette, se soulève en masse, et donne à la macule une apparence de

pemphigus. On peut aussi invoquer la vitalité exubérante de la peau du fœtus et la proximité du liquide amniotique qui baigne de toutes parts sa surface.

---

HOPITAL DE LOURCINE. — SERVICE DE M. NICAISE. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE, par M. LALESQUE, interne. — (Communication à la Société clin. (*France médicale*, du 6 décembre.)

Le 30 avril, un enfant de 14 mois est apporté par sa mère à la consultation du Dr Nicaise, pour une éruption siégeant aux parties génitales et à l'anus. Cet enfant est venu au monde bien conformé, sans aucune trace de lésion cutanée. Nourri au sein par sa mère, sevré à onze mois, il s'est très bien porté jusqu'à il y a trois semaines. A cette époque, l'enfant commença à maigrir en même temps que se montrèrent, sur différentes parties du corps, de petites papules qui ne tardèrent pas à grandir. A l'examen du petit malade, on constate une éruption confluente de plaques muqueuses aux parties génitales, sur le périnée et à la face interne des cuisses. On sent des ganglions indurés dans les deux aînes, ainsi qu'à la région cervicale, où l'on découvre un abondant semis de papules très petites. On ne trouve pas trace de chancre.

Sur la voûte palatine, on voit une syphilide ulcérée de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. A part ce point, la muqueuse bucco-pharyngienne est saine dans toute son étendue. Il n'est rien qui puisse faire soupçonner une affection du foie; toutes les fonctions s'accomplissent formellement. Le système osseux crânien ne présente aucune lésion appréciable; même intégrité du squelette du tronc et des membres.

L'enfant fut aussitôt mis au traitement mercuriel qui fut bien toléré, en sorte qu'au mois de juin la guérison des accidents était bien achevée.

Voici donc un cas où le diagnostic de la syphilis infantile a pu être rigoureusement posé. Mais avait-on affaire à une syphilis héréditaire ou à une syphilis acquise? La mère, mariée, bien portante, eut en 1874 un enfant à terme et qui vint au monde en parfait état de santé. Seconde grossesse en février 1876, qui se termine, sans cause appréciable, par un avortement à deux mois et demi. Depuis quelque temps déjà, son mari « avait du mal, » et quant à elle, un bouton dur, saillant et gros lui était apparu sur une des grandes lèvres.

Vers la fin de l'année 1876, troisième grossesse aboutissant, au début du septième mois, à l'expulsion d'un fœtus mort et macéré.

Pendant ce temps, la syphilis de la mère suivait son cours, et se manifestait par une éruption cutanée, des maux de gorge et des plaques muqueuses à la vulve, accidents qui furent combattus par les mercuriaux.

Enfin, en février 1878, quatrième et dernière grossesse se terminant par l'accouchemeut à terme d'un enfant fort et bien portant.

Au début de cette grossesse, les manifestations syphilitiques, qui avaient disparu, se montrèrent de nouveau sous forme de syphilides vulvaires, qui cédèrent rapidement au traitement spécifique.

L'enfant observé par M. Nicaise ne portait aucune trace de chancre, en sorte que l'absence bien démontrée d'accident primitif, l'existence de la syphilis chez le père aussi bien que la mère, tout contribuait à faire écarter l'idée d'une syphilis acquise. Du reste, il existe dans la science un certain nombre de faits précis, démontrant que les manifestations de la syphilis congénitale peuvent être retardés plus ou moins longtemps. Sur 45 enfants atteints de syphilis héréditaire, et observés par Mayr (de Vienne) au début de leurs manifestations, trois avaient de un an à seize mois.

De Méric a vu trois cas de syphilis héréditaire tardive évoluer l'une à treize mois, une autre à quatorze mois, et une dernière à vingt et un mois. Enfin, sur les 158 faits de la statistique de Diday, il en est un à une année et un autre à un an et demi. M. Parrot va même jusqu'à admettre le terme extrême de trois ans! Quant aux syphilis héréditaires qui auraient été retardées jusqu'à la sixième, la dixième et même la douzième année, on peut se demander si les auteurs qui les ont observées n'ont pas fait une confusion avec la scrofule, dont le diagnostic avec la syphilis est quelquefois fort difficile à poser rigoureusement.

---

## MALADIES VÉNÉRIENNES.

---

### FRÉQUENCE DE L'ÉPIDIDYMITE BLENNORRHAGIQUE, DANS LES CAS DE HERNIE INGUINALE, DE VARICOCÈLE, OU D'ANOMALIES DE L'APPAREIL GÉNITAL, par le Dr LEDOUBLE.

Après avoir étudié avec beaucoup de soin et un grand sens clinique, l'épididymite blennorrhagique, le Dr Ledouble montre que si le malade est atteint soit de varicocèle, soit de hernie inguinale, soit

d'une ectopie testiculaire, c'est presque constamment du côté où siège cette infirmité, que siègera l'orchite.

Ainsi, sur 14 cas d'orchite chez des malades porteurs de hernie inguinale, 12 fois l'orchite siégeait du côté de la hernie.

Pour le varicocèle, le Dr Ledouble a constaté, que 8 fois sur 9, l'orchite se portait sur le testicule en rapport avec les varices. Ces deux maladies exercent, du reste, une fâcheuse influence l'une sur l'autre : l'épididymite aggravant le varicocèle et celui-ci paraissant favoriser l'atrophie consécutive du testicule. Nyemeyer a du reste fait remarquer la fréquence de la récidive dans ces cas. Ces notions sont à prendre en sérieuse considération pour le pronostic de ces orchites. La raison de ces faits peut, peut-être, se trouver dans les troubles d'innervation et de circulation qu'amènent forcément le varicocèle et la hernie, dans le cordon et dans le testicule. Dans ces circonstances le testicule se trouve, vis-à-vis de son congénère dans un degré d'infériorité vitale, qui l'expose davantage à la maladie.

Passons aux anomalies. Le Dr Ledouble cite plusieurs cas où l'orchite se porta sur un testicule arrêté dans le canal inguinal. Il y a donc pour le testicule, en ectopie inguinale, une prédisposition à l'orchite. On peut alors voir survenir des symptômes de péritonite, par étranglement du testicule, et même une péritonite vraie, par inflammation propagée.

Ailleurs, comme dans les orchites ordinaires, l'épanchement vaginal est la cause des douleurs vives qu'accuse le malade, et alors la ponction de la vaginale ne doit être pratiquée qu'avec de grandes précautions à cause du voisinage de l'intestin et du péritoine. Dans des cas semblables, certains chirurgiens ont préféré, pour arriver sur la vaginale, suivre les règles opératoires de la kélotomie.

Chose remarquable, l'inversion du testicule prédispose aussi à l'orchite ! Et ce fait a une grande importance pratique, car, s'il y a épanchement vaginal, la situation du testicule par rapport à l'épanchement est modifiée, en sorte que si l'on ne s'est pas rendu compte de cette particularité, on risque de ponctionner le testicule au lieu de la vaginale. De plus la situation de l'épididyme, à la partie antéro-inférieure du testicule, peut amener des erreurs de diagnostic que l'on conçoit aisément.

Il est enfin assez fréquent de voir, dans ces cas d'inversion, l'épididyme affecter des rappots fort variables relativement à la glande, et se trouver comme flottant autour du testicule. On conçoit alors toutes les difficultés qu'on pourra éprouver à bien déterminer à quelle partie de l'ensemble de l'organe il faudra rapporter les nodosités et la

tuméfaction qu'on percevra à travers les enveloppes scrotales et l'épanchement, souvent abondant, de la séreuse du testicule.

Il faut donc savoir gré au D[r] Ledouble d'avoir mis en lumière ces faits qui, tout anormaux qu'ils sont, ne se rencontrent pas moins assez souvent dans la pratique, et peuvent amener des erreurs graves.

---

## REVUE ÉTRANGÈRE.

---

### DERMATOLOGIE.

---

GIORGIO MARCACCI. DI UN RARO ESEMPIO DI FIBROMA MOLLUSCO. (*Giornale Italiano delle malattie venere*. 1879 page 193.)

Le D[r] Giorgio Marcacci, professeur suppléant de la clinique dermatologique de Florence, a eu la bonne fortune d'étudier une de ces tumeurs cutanées monstrueuses dont les exemples ont été si rares jusqu'ici. Si complète que soit son observation, il nous sera permis de regretter qu'un travailleur si consciencieux et si érudit n'ait pas joint à son trop court mémoire les aperçus historiques et le résumé des faits connus jusqu'ici, que nul n'était mieux à même de nous présenter. S'il se propose de compléter à ce point de vue son intéressant travail, je lui signale dès aujourd'hui un cas presque semblable que j'eus l'occasion d'observer, il y a une dizaine d'années, chez une vieille femme.

Voici les points importants de l'observation italienne :

Il s'agit d'un homme de 55 ans, père de 9 enfants tous vivants, fils de parents morts, à un âge fort avancé, d'affections accidentelles. A sa naissance on remarqua une petite tache de couleur un peu foncée, avec légère élevure, sur les parties postérieures et latérales du cou. Ce ne fut qu'à l'âge de 10 ans que cette lésion subit un nouveau développement et devint le siège d'une tumeur qui n'a cessé de s'accroître depuis. En même temps parut un nombre considérable de petits

fibromes sur le tégument. Toutefois, c'est dans ces deux dernières années que les progrès furent le plus considérables.

Les figures ci-jointes nous dispenseront d'une description minutieuse.

A deux reprises, en 1875 et 1878, il souffrit d'une affection fébrile d'allure typhoïde, pendant laquelle la tumeur du dos s'enflamma, s'ouvrit et donna issue à une grande quantité de pus. Un fait



digne d'être noté, c'est que les cheveux du malade blanchirent à l'âge de 17 ans.

Les tumeurs d'une consistance un peu molle (molluscum) ne sont pas douloureuses, on peut les percer, les piquer sans que le malade en ait

conscience. Elles sont assez souvent le siège d'une sécrétion abondante et d'odeur fort désagréable. Une grosse veine se voit à la partie supérieure de la tumeur pectorale dont le poids a entraîné la clavicule, qui est presque complètement séparée de ses attaches sternales.

Les dimensions du néoplasme sont les suivantes :

Longueur, 72 centimètres.

Largeur au niveau de l'ombilic 35 centimètres.



Pour la tumeur de l'épaule :

Longueur, 32 centimètres.

Largeur, 18 centimètres.

Le poids apprécié aussi exactement qu'on l'a pu, en faisant porter les parties libres sur le plateau de la balance, a été trouvé de :

2 k, 840 pour la masse postérieure.

1 k, 500 pour la masse antérieure.

1 kilogramme pour la masse scapulaire.

Aucune intervention chirurgicale ne fut conseillée au malade, qui du reste ne l'eût pas acceptée. Mais on put faire l'examen histologique sur un morceau de la tumeur, enlevé et soumis pendant quelque temps à la macération dans le liquide du Muller. L'épiderme est normal, l'étage papillaire un peu aplati, le derme et les couches sous-jacentes infiltrés d'un grand nombre de cellules lymphoïdes : beaucoup d'éléments fusiformes et globuleux sont répandus dans le tissu cellulaire. Contrairement à l'opinion de Virchow et de Rindfleisch, l'auteur, d'accord en cela avec Dick et Michel, croit que la tumeur a pris naissance dans les couches sous-dermiques.

Marcacci insiste en terminant sur l'erreur que l'on commettrait en attribuant une valeur trop grande au caractère d'extrême pédiculisation qui a fait donner à certains molluscum le nom de pendulum. La *pendulité* n'est pas un signe caractérisque de cette variété de tumeur et l'auteur a pu s'en convaincre récemment en extirpant un lipome *pendulum* que portait un malade depuis une douzaine d'années.

L. JULLIEN.

---

GAMBERINI. — *Psoriasi docido crisofanico.* (*Giorn. ital. delle mal-ven.*, 1879, 89.)

TOMMASO DE AMICIS. — *Dell' uso dell' acido crisofanico nella cura della psoriasi e della tigna favosa.* (*Il Movimento medico-chirurgico*, 15 mai 1879.)

ACHILLE BREDA. — *Osservazioni intorno all' acido crisofanico ed alla natura della psoriasi.* (Padova, op. de 23 pages.)

SCARENZIO. — *Dell azione irritante dell' acido crisofanico.* (*Giorn. ital. delle mal. ven.*, 1879, p. 263.)

Les expériences du professeur Gamberini n'ont pas été favorables à l'acide chrysophanique. Ayant eu l'occasion d'employer simultanément sur le même malade, atteint de psoriasis généralisé, d'une part le goudron, de l'autre l'acide chrysophanique, il vit la guérison se faire à peu près en même temps sur les deux points, mais non sans que le malade ait eu à souffrir sérieusement de l'érythème aigu provoqué par l'acide chrysophanique.

De Amicis, dans sa grande pratique à Naples, n'a pas eu davantage

à se louer de ce nouvel agent, auquel il reproche : 1° de laisser sur la peau, après l'érythème qu'il fait naître, des taches hyperchromiques, qui rendent son emploi impossible sur les parties découvertes; 2° de coûter relativement cher, près d'un franc le gramme ; 3° d'exciter sur la peau une irritation qui, dépassant parfois les limites d'un érythème, peut aller jusqu'à la dermite eczémateuse la plus douloureuse; 4° de maculer le linge d'une façon indélébile; 5° d'être sans puissance contre les récidives; 6° de ne jouir d'aucune action véritable contre la teigne faveuse et d'être d'un emploi presque impossible sur le cuir chevelu, à cause des inconvénients signalés plus haut. — Après cette exécution en règle, M. de Amicis fait en quelques lignes, et avec non moins de sévérité, le procès de l'acide pyrogallique et de l'alizarine, proposés récemment contre le psoriasis par le Dr Jarisch, assistant de la clinique de Vienne.

De Padoue, cependant, une voix timide s'élève en faveur du nouveau remède. C'est celle du Dr Achille Breda qui, d'une étude très consciencieuse, conclut ainsi : « Si l'acide chrysophanique doit être laissé de côté dans le traitement des dermatoses humides, il est excellent pour la cure du psoriasis, de l'herpès circiné et généralement des autres maladies à parasite végétal; enfin c'est un remède précieux contre le prurit symptomatique ou essentiel. » Toutefois, M. Breda reconnaît qu'il est sage de n'en venir à cet agent qu'après l'insuccès des autres moyens, et qu'en tout cas il ne faut l'employer ni sur le cuir chevelu ni sur la face.

Enfin Scarenzio, de Milan, se déclare hardiment pour ce médicament si discuté. L'érythème, les taches brunes qui lui succèdent, ne l'effrayent pas, car on peut s'en garantir en recouvrant de collodion les parties saines (?) ; non seulement contre le psoriasis, mais contre le lupus érythémateux ou tuberculeux, il n'est pas de meilleur remède; il est vrai qu'il ne met pas à l'abri des récidives, mais tous les remèdes locaux employés contre les maladies générales en sont là. Enfin, et ce dernier argument va frapper au cœur les pharmaciens de Naples, M. Scarenzio vante le bon marché de l'acide chrysophanique, dont le prix, paraît-il, ne s'élève pas à Milan au delà de 20 centimes le gramme. En dépit de l'autorité de son auteur, nous ne croyons pas que cette habile défense suffise à sauver d'une disgrâce prochaine l'acide chrysophanique, dont le règne aura été court.

LOUIS JULLIEN.

COLOMIATTI. — *Alterazioni dei nervi del derma nell eczema* (*Giornale Ital. dell. mal. ven. e della pelle*, 1879, p. 129).

L'auteur a enlevé sur des eczémateux de petits morceaux de peau sur lesquels il a fait des coupes histologiques, et voici les résultats auxquels il est arrivé :

Dans les cas d'eczéma chronique, mais surtout dans la forme papuleuse ou papulo-squameuse, les faisceaux nerveux du derme présentent une lésion assez grave. A leur pourtour on trouve : 1° une accumulation constante, plus ou moins considérable, de petites cellules connectives rondes, quelquefois même un tissu connectif adulte ; 2° un gonflement des endothélium des espaces lymphatiques périnerveux ; 3° une tendance marquée à la multiplication des noyaux des cellules endothéliales tuméfiées, et le gonflement des cellules endothéliales des espaces lymphatiques endonerveux, ainsi que la présence de cellules migratiles (*semovente*) au-dessus de la gaine de Schwann.

Quant aux fibres nerveuses elles-mêmes, elles se trouvent, en grande partie, essentiellement revenues à l'état embryonnaire, manquant presque de gaine médullaire et de cylindraxe, réduites à la gaine de Schwann, à des traînées cellulaires, où se voient de gros noyaux de forme ovale, ou même à des cordons étranglés. Çà et là on pouvait voir sur les préparations des gouttes de myéline bleues, ou des cellules migratiles avec des dépôts myéliniques dans leur protoplasma.

On voit donc que, dans le stade chronique, confirmé de l'eczéma, la plus grande partie des fibres nerveuses du derme lésé est atteinte à un degré extrême d'un processus de dégénération identique à celui qui se produit après la section des troncs nerveux. Rappelons que ce processus est double, c'est-à-dire actif, pour les cellules propres des fibres mêmes, et passif pour la gaine médullaire et le cylindraxe.

M. Colomiatti, ayant eu l'occasion de faire porter ses recherches sur l'état des fibres nerveuses dans l'*eczéma aigu*, a constamment trouvé des fibres altérées, même dans les périodes les plus précoces. Il croit donc que cette altération doit coïncider avec les premières manifestations qui s'observent dans le connectif cutané, ou être une conséquence du processus à décours centripète, qui a son point de départ dans l'étage papillaire, siège primitif de l'infiltration, exception faite pour la forme à laquelle l'auteur a donné le nom d'eczéma chronique épithéliomatode.

Après guérison, partielle ou complète, l'auteur a pu constater la régénération des fibres nerveuses par le processus ordinaire ; mais, chez

les individus qui restaient cliniquement menacés de récidive prochaine, il n'a jamais pu saisir cette régénération que sur quelques faisceaux nerveux, et, dans ces faisceaux même, sur un petit nombre de fibres. Il en conclut que si dans certains cas légers la guérison arrive spontanément à son heure, comme terminaison d'un cycle régulier, il en est d'autres où les lésions persistent en dépit du soulagement apparent: c'est à obtenir la régénération nerveuse dans ces cas que le dermatologiste doit surtout s'appliquer.

Une autre conséquence de cette étude est relative à la pathogénie du mal perforant plantaire. Que devient la théorie de l'étiologie nerveuse, puisque l'eczéma nous offre des lésions à peu de chose près les mêmes?

M. Colomiatti va poursuivre ses études et nous éclairera sous peu sur l'état des nerfs dans les différentes dermatoses. LOUIS JULLIEN.

---

PIETRO SCHILLING. — *Relazione sugli infermi dell ospedale di San Gallicano curati nell'anno* 1878, opuscule de 56 pages. Roma.

Ce compte-rendu nous montre la proportion croissante des malades secourus dans le service des maladies de la peau, à Rome (645 en 1840 et 1096 en 1878) et présente un résumé succinct des observations les plus intéressantes.

Citons seulement un cas de purpura hémorrhagique associé à la gale, promptement guéri par les injections sous cutanées d'ergotine; un autre de scrofulose tuberculeuse de la fesse traité par l'exérèse et l'autoplastie, et enfin un psoriasis généralisé chez un enfant de douze ans, qui en fut absolument débarrassé au moyen d'une seule injection sous-cutanée de 8 centigrammes de calomel.

Ce rapport nous apprend encore que la teigne faveuse a atteint les proportions d'un véritable fléau dans les environs de Rome. Le nombre des individus frappés est tel, que Schilling réclame, au nom de la santé publique, des mesures énergiques. Il voudrait que, sans chercher à réaliser l'impossible, c'est-à-dire la guérison d'emblée de tous, on entreprît l'extirpation du mal par zones successives, obligeant les pauvres à se présenter dans les hôpitaux et les personnes aisées à se traiter chez elles; instituant dans les demeures des malades de diligentes et efficaces mesures d'assainissement; établissant des inspecteurs pour tout le monde, riches ou indigents, et pour les animaux, notamment pour les chats; séparant les gens atteints dès les premiers indices de germination parasitaire; enfin ordonnant des inspections d'abord men-

suelles, puis semestrielles chez les individus sortis des hôpitaux et leur fournissant en abondanee le savon ct tout ce que l'hygiène réclame.

LOUIS JULLIEN.

---

Colomiatti. — *Il nodulo del vero lupo.* — Op. de 12 pages. Torino.

On sait que Friedlander a voulu rattaeher à une tubereulose cutanée la néoplasie lupique vulgaire. Pour Colomiatti, il y a bien une dermatose uleérative tubereuleuse, mais elle n'a aucun rapport avee le lupus; aussi la désigne-t-il sous le nom de *pseudo lupus.* Les expériences qu'il a faites récemment pour faire toucher du doigt l'erreur de l'auteur allemand méritent d'être rapportées.

Ayant enlevé ehez une jeune fille deux ganglions parotidiens dans lesquels l'examen microscopique lui fit reconnaître le tissu typique du lupus (petites cellules connectives rondes, en très grande quantité, cellules épithélioïdes, et cellulcs géantes an milieu d'une traînée lymphatique), il en fit une bouillie qu'il injeeta sous la peau de deux lapins; et le même jour il pratiqua la même opération sur deux autres lapins avec une bouillie de tubercules pulmonaircs. Les premicrs n'eurent qu'une légère tuméfaction inflammatoire qui disparut rapidement; les seconds dépérirent, et quand ils furent sacrifiés, présentèrent toutes les lésions viscérales de la tuberculose, tandis que les poumons des autres, tués le même jour, furent trouvés absolument sains.

Dans une autrc série d'expériences, un morceau de pseudo-lupus, diagnotisqué tel au microscope, et cnlevé sur une fcmme de 17 ans, fut introduit sous la peau d'un lapin; une bouillie faite avec un autre morceau de pseudo-lupus, pris sur un homme de 40 ans, fut également inoculée à un autre animal, tandis que d'autrcs étaient soumis à l'influence de deux fragments de lupus vrai placés dans le tissu cellulaire. Le résultat fut tel que Colomiatti l'avait prévu; les deux premiers devinrent tuberculeux, les autres restèrent absolument sains.

Conclusion : 1° Il n'y a aucun rapport entre le lupus vulgaire et le tubercule, et il faut toujours s'attacher à distinguer le lupus vrai de la forme pseudo-lupique ou tuberculeuse d'ulcération cutanée.

2° Les altérations lupiques proprement ditcs peuvent se reneontrer dans les glandes lymphatiques, sans qu'il y ait altération des téguments, ct sans que le malade présente la moindre tendance à la tuberculose, soit locale soit générale.

L. J.

---

Vincenzo Gozzolino. — *Ozena o rinite ulcerosa fetida e pseudo-ozeni.* Naples, chez Detken et Rocholl, 1879, op. de 228 pages.

Voici un ouvrage fort bien fait, écrit par un praticien qui raisonne et conclut uniquement d'après les faits observés. Les maladies profondes des fosses nasales ont été jusqu'ici peu connues, et traitées moins encore. M. Gozzolino estimé déjà pour un volumineux travail sur la diphthérie, s'est décidé, non sans courage, à aborder de front l'ozène et nous a donné le seul traité vraiment complet que nous ayons de cette maladie. Pour ne pas outrepasser le cadre de la double spécialité propre aux *Annales*, je signalerai, sans y insister autrement, les chapitres relatifs aux formes scrofuleuse et syphilitique de l'ozène, puis l'excellente description de cette maladie singulière connue sous le nom de coryza caséeux, enfin la deuxième partie, qui a trait à la thérapeutique et que l'auteur a renouvelée, tant pour le manuel instrumental que pour les méthodes de traitement. Ce petit livre mériterait d'être traduit en français. L. J.

---

## DE L'EMPLOI DES ACIDES CHRYSOPHANIQUE ET PYROGALLIQUE DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS CUTANÉES.

Jarisch a d'abord employé, à la clinique du professeur Hebra (*Wiener med. Blät.* 1878) une pommade à l'acide chrysophanique à 5 0/0. Il n'obtint aucun résultat. A la dose de 20 0/0 l'acide chrysophanique donna plusieurs succès, mais les onctions provoquaient une dermatite très vive, souvent insupportable, qui s'étendait bien au delà des parties frictionnées.

Les résultats obtenus par Jarisch l'engagèrent à continuer ses recherches dans la même voie : il essaye d'abord l'acide pyrogallique combiné à l'alizarine, mais les effets n'étaient pas constants. Il employa ensuite l'acide pyrogallique pur, associé à un corps gras. On sait que l'acide pyrogallique est un poison violent. Jüdell a montré qu'en introduisant 1 à 3 grammes de cet acide dans l'estomac de chien, on provoque des accidents toxiques. Il est facile de constater la présence de l'acide dans l'urine ; en ajoutant quelques gouttes d'une solution diluée de perchlorure de fer dans l'urine cette dernière prend une teinte d'un vert pâle ; l'addition d'une solution de potasse lui donne la coloration de l'encre.

A. Neisser, dans un travail récent, basé sur des études cliniques et

expérimentales (*Zeitschrift für klinische medicin von Frerichs und Leyden*, vol. I, Heft, 1), cherche à prouver que l'acide pyrogallique appliqué même à l'extérieur, peut être considéré comme un des poisons les plus violents. Un malade fort et robuste était entré à la clinique dermatologique de Breslau pour un psoriasis généralisé. Après avoir essayé différents traitements, on employa la chrysarobine (extrait alcoolique de rhubarbe à 20 0/0 dans une pommade) en frictions sur une moitié du corps et l'acide pyrogallique (10 0/0) pour l'autre moitié. Six heures à peine après cette dernière friction, le malade fut pris d'un frisson intense, de vomissements, malaise, collapsus profond ; ces symptômes alarmants ne tardèrent pas à céder ; mais, au bout de 40 heures de nouveaux accidents se produisirent et la malade succomba dans le coma avec un abaissement très marqué de la température, quatre jours après l'application de la pommade : l'urine rendue en dernier lieu présentait tous les caractères de l'hémoglobinurie ; cette urine avait une teinte d'un brun foncé avec les reflets verts dans les couches supérieures ; il n'y avait pas de globules sanguins dans les sédiments (fait caractéristique), mais, par contre, on rencontrait des masses sous forme de gouttelettes noirâtres, amorphes ou des cylindres. Examiné au spectroscope, le liquide fait apparaître les lignes E et D caractéristiques de l'hémoglobine. A l'autopsie on trouva le sang d'une couleur brune pâle ; au microscope on distinguait, outre des globules sanguins intacts, des fragments nombreux de globules ; les reins avaient une coloration d'un bleu noirâtre ; les canalicules se présentaient à l'œil nu sous l'aspect de stries d'un rouge noirâtre à direction radiée ; au microscope on y distinguait des masses rappelant exactement celles trouvées dans le sédiment urinaire.

L'auteur institua immédiatement une série d'expériences sur des animaux. Il injecta de la chrysarobine, à forte dose, à des lapins; l'absorption de cette substance ne fut suivie d'aucun accident. Il répéta ensuite les mêmes expériences avec l'acide pyrogallique et constata tous les phénomènes d'un véritable empoisonnement. Quand on injecte des doses moyennes on observe des frissons, de la dyspnée, du tremblement des extrémités, de la fatigue ; les animaux peuvent succomber après le premier ou le deuxième accès, parfois ils se remettent.

Les urines rendues par les animaux, au moment des accès, offraient tous les caractères de l'hémoglobinurie ; les canalicules urinaires étaient remplis de cylindres d'hémoglobine. Quand on emploie des doses plus élevées les animaux succombent dès le premier accès ; le sang est alors très altéré, offrant une coloration pâle avec destruction des globules, mais sans hémoglobinurie. Quand on administre des doses encore plus

fortes (2 grammes d'acide pyrogallique par kilogramme d'animal), la mort arrive généralement au bout de deux heures : le sang est noir, d'une teinte chocolat, mais il n'y a pas d'hémoglobinurie.

Cette action spéciale de l'acide pyrogallique sur l'homme et les animaux s'expliquerait par le pouvoir absorbant considérable de l'acide pour l'oxygène en présence des alcalis et par sa décomposition. L'acide pyrogallique détruit, dès qu'il a pénétré dans le sang, une partie des globules rouges; l'hémoglobine se trouve dissoute dans le plasma, et les débris des globules sanguins restent suspendus dans le liquide sous forme de fragments. L'hémoglobinurie ne saurait entraîner la mort par l'obstruction des canalicules urinaires seule; en effet, cette obstruction produit une anurie de trop courte durée pour accumuler dans le sang les éléments nuisibles de l'urine; mais par le fait même de cette obstruction, l'acide pyrogallique se trouve retenu plus longtemps dans l'organisme, et l'action délétère exercée sur le sang est plus continue. L'auteur n'a pu déterminer le mode de production des cylindres pigmentaires dans les canalicules.

Au point de vue du traitement de l'intoxication par l'acide pyrogallique, l'auteur recommande la saignée et la transfusion ; il faudrait en outre provoquer, dès le début, une diurèse abondante, de manière à déblayer les canalicules urinaires.

Le professeur Hebra a publié dernièrement (*Wiener med. Presse*, n$^{os}$ 43 et 44, 1879) les résultats de ses recherches sur l'emploi de la chrysarobine et de l'acide pyrogallique à la clinique de Vienne. La chrysarobine n'a pas donné les résultats promis. Employée sur de grandes étendues de peau, elle provoque des inflammations souvent intenses, qui prolongent démesurément la longueur du traitement, et éternisent souvent le psoriasis. L'acide chrysophanique semble, par contre, avoir une action très favorable quand on l'applique sur de petites surfaces. On ne peut cependant l'employer sur la face ni sur la tête, à cause de la coloration spéciale qu'il donne à la peau et aux cheveux. La chrysarobine peut être très utile pour combattre le psoriasis, mais elle n'agit pas mieux que les autres médicaments contre les autres affections cutanées.

Jarisch et Hebra ont employé l'acide pyrogallique à cause de son affinité chimique avec la chrysarobine. Cet acide a produit de très bons effets surtout dans le traitement du psoriasis. L'acide était employé sous forme de pommade, à la dose de 10 grammes pour 100 parties d'axonge; cette pommade était appliquée sur les parties malades à l'aide d'un pinceau, on recouvrait ensuite à l'aide de ouate ou de toile; quand l'affection cutanée était très étendue, on enveloppait les malades dans

des vêtements de flanelle et on les recouvrait de couvertures de laine. Le résultat a toujours été bon quoique plus lent à se produire qu'à la suite de l'emploi de la chrysarobine. Mais il y avait comme compensation l'absence de tout phénomène inflammatoire; l'irritation de la peau est fort rare quand on applique l'acide pyrogallique; la coloration de la peau est presque nulle à la face, un peu plus intense au tronc et aux extrémités; en tous cas, elle n'est pas à comparer avec celle que provoque la chrysarobine. Hebra n'a jamais constaté aucun signe d'intoxication, et cependant il a toujours observé très nettement le passage de l'acide dans l'urine. Le durée du traitement curatif pour des plaques isolées de psoriasis variait entre une à trois semaines. Trois malades atteints « d'herpès tonsurant » furent traités par ce moyen; la guérison fut obtenue au bout de 8 à 10 frictions. En résumé, l'acide pyrogallique est de beaucoup moins irritant que le savon noir, et il ne répand pas une odeur désagréable comme la pommade de Wilkinson. L'acide pyrogallique appliqué deux fois par jour, pendant trois jours, sous forme de pommade (10 0/0), sur un « lupus », le modifia très heureusement; au bout du troisième jour, les noyaux étaient détruits, et l'épiderme se reforma dans l'espace de 1 à 3 semaines. Différents épithéliomas traités de la même manière résistèrent au traitement. Des infiltrations syphilitiques se modifièrent aussi rapidement que les nodosités des lupus.

Dr P. SPILLMANN,
Prof. agrégé à la Faculté de Nancy.

---

REMARQUES SUR DEUX CAS DE PRURIGO DE HEBRA, par ROBERT LIVEING (*The Lancet*, 5 juillet 1879).

L'affection nommée prurigo de Hebra est souvent confondue avec d'autres formes de maladies cutanées; sa lésion essentielle consiste, d'après le dermatologiste viennois, en papules sous-épidermiques ou, plutôt en grosses vésicules soulevées par une collection liquide formée dans les couches profondes de l'épiderme; le toucher permet plutôt que la vue de reconnaître l'éruption, qui ne s'accompagne d'aucun changement de couleur de la partie de la peau intéressée. Au point de vue clinique il faut noter le développement de ce prurigo dans la première enfance, sa persistance pendant de longues années, le siège principal sur les membres inférieurs, enfin une démangeaison intolérable amenant des excoriations, de l'eczéma, de l'épaississement et de la pigmentation.

M. Liveing a observé deux cas typiques de cette maladie et les oppose aux dermatologistes anglais qui nient le prurigo d'Hebra. Il reproche à ce dernier d'avoir attaché trop d'importance à la lésion élémentaire (qu'on peut rencontrer dans les anciens eczémas des vieillards) aux dépens de la marche de la maladie ; cette dernière offre au moins un caractère typique : celui de se développer constamment dans la première enfance, où on peut le prendre pour le *lichen urticatus*.

---

LE PURPURA HÉMORRHAGICA ET SON TRAITEMENT PAR LES ASTRINGENTS ET LA FARADISATION, J. CAPPIE SHAND (*The Lancet*, 19 juillet).

C'est l'observation d'une petite fille de 8 ans atteinte d'un purpura généralisé, avec hémorrhagies par la bouche, le nez, puis par le rectum et le vagin. Le traitement par les astringents étant resté impuissant et la malade exsangue, paraissant sur le point de mourir l'auteur eut l'idée de réveiller la contractilité des vaisseaux en agissant sur le système nerveux par l'électricité; il fit toutes les deux heures des applications d'un courant interrompu sur toute la surface cutanée et obtint une cessation rapide des hémorrhagies avec une amélioration sensible changée vite en guérison par un traitement tonique et astringent. L'étiologie de l'affection n'est pas indiquée dans ce cas : un parent assez éloigné de la malade était mort à la suite d'une hémorrhagie des gencives. H. C.

---

RAPPORT SUR UN CAS DE LÈPRE AVEC HYPERTROPHIE GANGLIONNAIRE, par DOUGLAS POWELL (*The Lancet*, 18 octobre).

Il s'agit d'un fait de lèpre tuberculeuse sans troubles de la sensibilité, mais accompagné d'une hypertrophie considérable des ganglions du cou, des aisselles et des aines. Le sujet était un soldat indien de 24 ans. Voici les particularités cliniques à noter dans ce cas : épaississement et aspect léonin de la face, ulcère du dos du pied droit, induration du nerf cubital du même côté au niveau du coude; amélioration et diminution notable des engorgements glandulaires sous l'influence d'une médication phosphorée ; puis quelques mois après, rechute avec céphalalgie, développement d'un érythème qui du bras droit gagne le tronc, la face, le cuir chevelu (érysipèle ?), s'accompagne de pneumonie lobulaire, d'hy-

pertrophie de la rate, d'hématurie et amène la mort en 17 jours dans un état typhoïde. A l'autopsie, on trouva dans la peau et dans les nerfs les lésions ordinaires de la première période de la lèpre, et dans les ganglions une hypertrophie du tissu fibreux développée surtout autour des vaisseaux. H. C.

---

UN CAS DE XANTHÉLASMA MULTIPLE, par T. COLCOTT FOX. (*The Lancet*, 8 novembre 1879.)

Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes : 1° la maladie a débuté à l'âge de douze mois environ, chez la jeune fille que l'auteur a observée à l'âge de 17 ans, et s'est développée lentement sur les membres, concurremment avec des gonflements articulaires rattachés à la goutte, dont un grand nombre de parents ont été atteints; 2° les tumeurs caractéristiques du xanthélasma, dont plusieurs ont été examinées au microscope après leur ablation, ne se sont jamais montrées sur leur siège d'élection habituel, à savoir : la plante des pieds, la paume des mains et les paupières, les lésions trouvées au microscope sont identiques avec celles que M. Chambard a récemment décrites; à l'exception de l'épaississement des parois des petites artères, des tubes nerveux et de la capsule fibreuse des glandes sudoripares; 3° la malade n'a jamais eu ni jaunisse ni manifestation quelconque du côté du foie; mais l'auteur n'en persiste pas moins, en se fondant sur les antécédents goutteux multipliés du sujet, à rattacher l'origine de l'affection cutanée à un trouble chronique de la circulation hépatique. H. C.

---

REMARQUES SUR LA DERMATITE EXFOLIATRICE GÉNÉRALISÉE, par E. BUCHANAN BAXTER. (*British medical journal*, nos des 19 et 26 juillet 1879.)

Nous recommandons la lecture *in extenso* de ce travail, où se trouve discutée à fond la question de la dermatite exfoliatrice, soit primitive, soit secondaire, dans ses rapports avec le pityriasis rubra de Hebra, l'eczéma foliacé d'Erasmus Wilson et d'autres affections analogues. L'auteur rapporte en détail quatre observations personnelles, dont trois terminées par la mort dans une période relativement courte. Voici les résultats de l'examen microscopique de la peau dans un de ces cas : aspect normal du chorion, hypertrophie modérée des papilles avec prolongements plus profonds que d'habitude des parties interpapillaires de

la couche de Malpighi; destruction presque complète de la zone granuleuse amenant une transition insensible entre les cellules polygonales de la couche de Malpighi et les cellules plates et incolores de la couche cornée; épiderme énormément épaissi (au moins neuf fois) présentant jusque dans ses couches les plus superficielles des noyaux aplatis parallèles à la surface.

Nous reproduisons intégralement les conclusions de M. Buchanan Baxter :

1° La dermatite exfoliatrice généralisée est caractérisée par les deux traits que comprend son nom : sa distribution sur tout ou presque tout le corps, et une exfoliation abondante et continuelle de tous les tissus épidermiques. Il n'y a rien de constant dans aucun des caractères secondaires sur lesquels on a cherché à trouver des catégories différentes de dermatite exfoliatrice. Ainsi l'état de la peau peut varier de l'hypérémie simple jusqu'à l'infiltration dure; les ongles peuvent ne rien présenter ou être complètement détruits; la surface de la peau peut être tout à fait sèche, ou présenter des fissures avec suintement au niveau des plis; le corps papillaire secrétera quelquefois un peu de liquide au-dessous des squames épidermiques, etc.

2° La dermatite exfoliatrice généralisée peut survenir, comme maladie distincte, chez un sujet bien portant auparavant. Plus fréquemment on l'observe chez des personnes atteintes de certaines formes constitutionnelles, d'affections cutanées, ou disposées à ces maladies. Quand une quelconque de ces dermatoses se généralise et envahit la plus grande partie ou la totalité de la surface cutanée, elle tend à confondre ses traits spéciaux avec ceux qui sont communs à toutes les variétés de la dermatite exfoliatrice, primitive ou secondaire.

3° L'affection rare appelée pemphigus foliacé ne peut pas toujours être distinguée de la dermatite exfoliative généralisée qui se greffe sur d'autres affections cutanées. Le pemphigus à rechutes tend, quoique rarement, à prendre cette forme, ce qui est encore un argument en faveur de son origine dartreuse, le pemphigus foliacé étant au pemphigus ordinaire ce que la dermatite exfoliatrice est à l'eczéma ou au psoriasis ordinaire.

4° Il y a des raisons de croire que le pityriasis rubra de Hebra n'est qu'une forme chronique de dermatite exfoliatrice, aux variétés les plus aiguës de laquelle il est rattaché par une série de phases de transition.

5° Quand on la laisse suivre sa marche sans intervenir, la dermatite généralisée exfoliatrice tend souvent à une terminaison mortelle, qui peut avoir lieu rapidement ou non. Dans le premier cas, elle est précédée par un amaigrissement rapide et la perte des forces, avec diarrhée,

albuminurie, fièvre rémittente et œdème pulmonaire; dans le dernier cas, la mort peut être causée par une maladie intercurrente, la pneumonie, par exemple.

6° Le pronostic, dans les cas de dermatite généralisée exfoliatrice, est toujours grave, spécialement chez les enfants. Sa gravité semble être proportionnelle à l'étendue de la surface cutanée intéressée, à la profondeur à laquelle la peau est infiltrée, à la forme de sa marche, à la résistance offerte aux remèdes spécifiques. On doit avoir présent à l'esprit que, même dans les formes les plus chroniques de la maladie (pityriasis rubra de Hebra), il peut survenir des exacerbations pendant lesquelles la vie du malade est en danger.

7° Quant au traitement, il est certain que des applications huileuses doivent être préférées aux bains et aux lotions. A l'intérieur, on s'est souvent bien trouvé de l'administration de la quinine dans les formes aiguës et de l'arsenic dans les formes chroniques. Mais dans certains cas, la maladie offre la résistance la plus obstinée et la plus absolue à ce dernier remède. Cela peut s'expliquer quelquefois, mais non toujours, par l'impossibilité où l'on est, par suite de circonstances accessoires, de soumettre l'organisme à son influence. La perte des forces nécessite souvent l'emploi des stimulants; il en est de même de l'huile de foie de morue pour l'amaigrissement. Il est très important de se garder contre l'accumulation des plus petites quantités de secrétion sous les écailles épidermiques, où elles subissent une décomposition et peuvent acquérir des propriétés infectantes. L'oubli de cette précaution est probablement une des causes qui expliquent l'invasion de furoncles multiples ou même d'abcès. H. C.

---

CAS DE VITILIGO INCOMPLET par I. EDMONDSON ATKINSON. (*Archives of dermatology*, octobre 1879.)

Dans la race nègre, où les différences de pigmentation sont plus appréciables, certains auteurs, entre autres Hermann Beigel, ont admis, à côté de l'albinisme partiel, une troisième forme dite *semi-albinisme* caractérisée par une différence, non dans l'étendue, mais dans le degré de la pigmentation; mais il semble que ce type n'ait été créé que sur la foi de relations extramédicales de certains explorateurs de l'Afrique, capitaine Burton, etc. M. Edmondson Atkinson a observé cliniquement le fait suivant qui, semble combler cette lacune.

Une prostituée, mulâtresse foncée, de 25 ans, présente depuis quatre

ans une affection cutanée qui a débuté sur le dos de la main droite et qui a envahi successivement presque tout le corps; elle est atteinte de plaques de dimensions très variables, de forme en général circulaire, entourées d'un cercle plus noir que la peau normale de cette mulâtresse, mais présentent elles-mêmes une teinte relativement claire, quoique plus foncée que celle de bien des métis. Au cou, aux cuisses et aux mamelles, la décoloration se fait non seulement en plaques, mais sous la forme de lignes suivant en général le sens des plis naturels. Il n'y a ni desquamation, ni infiltration de la peau, ni décoloration des poils, ni troubles de la sensibilité. Contrairement à l'opinion assez générale qui n'admet pas que la pigmentation normale une fois disparue puisse revenir, l'auteur a observé très positivement ce fait sur certains points de la peau de son sujet. Tout traitement a échoué contre cette affection, qui n'a du reste exercé aucune action notable sur l'état général. H. C.

---

CONRITBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉRUPTION BULLEUSE PRODUITE PAR L'INGESTION DE L'IODURE DE POTASSIUM, par JAMES NEVINS HYDE. (*Archives of dermatology*, octobre 1879.)

L'auteur a diagnostiqué cette cause rare de pemphigus chez un enfant de 8 mois, atteint d'une éruption complexe eczémateuse au cuir chevelu, bulleuse et vésiculeuse sur le reste du corps. Il en a profité pour tracer une petite monographie très intéressante de cette affection en analysant les observations de Bumstead, Tilbury Fox, Duhring, etc. Enfin il se demande si les rares lésions bulleuses ou vésiculeuses données comme manifestations syphilitiques ne doivent pas être plutôt mises sur le compte de l'iodure de potassium administré pour guérir la maladie principale.

H. C.

---

## SYPHILIS.

---

CELSO PELLIZZARI. — *Della sifilide epilettiforme.* (*Lo Sperimentale*, mai 1879.)

Le Dr Celso Pellizzari, déjà connu par un travail remarqué sur la syphilis cérébrale et en particulier sur les lésions artérielles dans le cours de cette diathèse, vient de publier une étude excellente des acci-

dents épileptiformes. Trois observations inédites suivies d'autopsie donnent une grande importance à ce travail; nous les résumerons en quelques lignes.

Dans la première, il s'agit d'un portefaix de 38 ans, syphilitique depuis 16 années. Au mois de juillet 1877, il est pris un matin à l'improviste de convulsions qui cèdent complètement à l'emploi topique de la glace. Ce n'est qu'en mai 1878, c'est-à-dire dix mois plus tard, qu'il présente un second accès à la suite duquel les accidents se répètent assez fréquemment pour que dans leur intervalle le malade reste hébété, et presque inconscient. Il ouvrait d'abord les paupières et tournait les yeux vers la gauche; la commissure labiale gauche était fortement tirée en dehors; en même temps il étendait le bras gauche, serrant les doigts, le pouce fermé entre l'index et le medius. Les urines et les fèces s'écoulaient; puis survenait la cyanose annonçant la fin de la crise. Quand il entra à l'hôpital, les crises se renouvelaient toutes les 10 minutes; plus tard la jambe gauche entra aussi en convulsion pendant les accès, qui s'accompagnèrent d'une élévation assez sérieuse de température : 38°, 38°9, 39°2, et même 40°2 le jour de sa mort, qui survint malgré le traitement le plus énergique, au bout de sept jours.

A l'autopsie on trouva de petites exostoses mamillaires sur la face interne du frontal; la dure-mère est liée au lobe frontal par des adhérences au milieu desquelles se rencontrent des concrétions osseuses et calcaires. La substance corticale sous-jacente est en grande partie détruite et remplacée par du tissu connectif. A gauche, entre la 2e et la 3e circonvolution frontale, se voient deux petits ostéomes, et sur le milieu de la seconde un petit nodule miliare luisant comme un tubercule cru. Sur la protubérance annulaire existe un point de couleur grisâtre occupant le tégument inférieur de la cavité droite.

Le seconde observation est celle d'un enfant de 8 ans né de parents syphilitiques et atteint dans ses premières années de lésions cutanées spécifiques, qui fut pris soudain de convulsions. Guéri par un traitement mixte énergique, il succomba au bout de quelques jours à un typhus abdominal et l'on put faire son autopsie. On trouva la dure-mère un peu épaissie au niveau du lobe paracentral et dans le même point une légère atrophie de la substance cérébrale.

Dans la troisième observation, il est question d'un homme âgé de 36 ans, syphilitique depuis l'âge de 20 ans et traité à cette époque par les spécifiques ordinaires. 16 ans plus tard, il venait mourir à l'hôpita des suites d'une épilepsie dont les crises se répétaient jusqu'à 15 fois par heure. A l'autopsie on rencontra l'adhérence de la pie-mère aux tissus sous-jacents, au niveau du sillon de Rolando, particulièrement vers la

1re et la 2e circonvolution frontale; la substance nerveuse du lobe frontal gauche est diffluente, ramollie et offre une couleur blanche. Les artères sont saines.

S'autorisant de ces observations, parfaitement au courant de tous les travaux publiés en Italie, en France et ailleurs sur cette question, l'auteur édifie magistralement l'histoire de l'épilepsie syphilitique en l'étudiant sous tous ses aspects. On trouvera, dans ce travail, une très intéressante dissertation sur l'épilepsie *sine materiâ*, celle qui se montre dans les premiers mois de l'infection et que l'on pourrait appeler *toxique* ou *dyscrasique*, suivant l'expression du professeur Pietro Pellizzari, l'oncle de l'auteur. Je regrette de ne pouvoir que signaler le chapitre relatif au diagnostic et aux coïncidences pathologiques, qui sont bien certainement ce que l'on a écrit de plus complet sur cette forme de la syphilis.

Chemin faisant, l'auteur écrit incidemment la phrase suivante: « Je ne sais pourquoi, mais un sentiment intime me porte à croire que ce système lymphatique, si peu étudié, doit un jour ou l'autre donner la clef de bien des mystères relatifs à la syphilis. » Ces quelques lignes en disent bien long, et pour notre compte, nous y souscrivons pleinement, certain que, fidèle à son passé, le jeune syphiligraphe ne se bornera pas dans l'avenir à cette simple affirmation. S. JULLIEN.

---

GAMBERINI. — *Un caso d'idros adenite sifilitica* (*Giorn. Ital. delle mal. ven.* 1879, n° 83.)

Un seul cas suffit au professeur Gamberini pour établir la réalité d'une forme éruptive syphilitique, caractérisée par le développement du néoplasme spécifique tout autour des canalicules sudoripares. Taches cuivrées sur le centre desquelles s'élève un milium rosé donnant issue, après la chute d'un bouchon épithélial, à des pertes de serum; telles sont les apparences sous lesquelles on devra reconnaître l'éruption nouvelle dont le signe caractéristique est le petit *foramen* du sommet. Ajoutons que la malade éprouvait de fortes démangeaisons, du fait de l'excrétion sudorale, ajoute l'auteur, car il était facile de les faire cesser en supprimant cette excrétion, grâce à l'application de linges trempés dans de l'eau fraîche. Siège : la paume des mains, les avant-bras, les deux régions rotuliennes.

Quoique les antécédents de la malade, si bien étudiée par M. Gamberini, soient des plus nets, et que d'ailleurs nous n'éprouvions nulle

répugnance à admettre la lésion particulière sur laquelle il appelle l'attention, nous croyons que plus d'un dermatologiste, à la lecture de cette observation, aura quelque tendance à reconnaître une influence dartreuse, soit qu'il s'agisse d'une hybridité bien caractérisée, soit que la vérole n'ait agit dans ce cas qu'au simple titre de cause occasionnelle réveillant une diathèse latente. L. JULLIEN.

---

FERRARI. — *Sopra una nuova forma di metro vaginite Sifilica* (*Rivista clin. di Bologna*, fac. 7° et 8°, 1879).

Le professeur Ferrari, de Catane, a constaté chez deux malades arrivées à la seconde période de la syphilis, à la phase des plaques muqueuses, une éruption urétro-vaginale caractérisée par de petites élevures miliaires papulo-vésiculeuses se rompant au moindre attouchement. — Tout autour la muqueuse était le siège d'un catharrhe aigu. Si l'on veut réfléchir à la rareté des éruptions vaginales spécifiques, à la fréquence relative des poussées herpétiques, à la forme particulière que peuvent prendre, dans certaines conditions, les granulations blennorrhagiques qu'y ont décrites des générations de syphiligraphes et de gynécologistes, on comprendra tout l'intérêt qui s'attache à cette observation, aussi importante au point de vue dogmatique que délicate et de constatation difficile au lit de la malade. C'est pourquoi des faits plus nombreux nous paraissent nécessaires pour légitimer les conclusions de notre confrère.

---

PASQUALE PIROCCHI. *Sifilide e pazzia* (*Giornale Italiano. delle malattie veneree e della pelle* 1878, p. 258).

Mansurow, Fournier, Porporatif et plusieurs autres auteurs ont appelé réeemment l'attention sur les troubles psychiques liés à la syphilis cérébrale. C'est en s'appuyant sur 109 observations publiées jusqu'ici (et auxquelles il eût été juste, ce nous semble, de joindre les faits plus anciens que nous devons à Dreher, de Trieste) que M. Pirocchi essaye de constituer l'étude didactique de ces formes morbides. Le moment était-il venu, les documents précités offraient-ils les conditions de rigueur et d'exactitude nécessaires à cette difficile synthèse ? Assurément non, et il est facile de s'en apercevoir à la lecture des pages for-

cément un peu vagues de ce mémoire. Toutefois, comme la question est de grande importance, on peut même dire d'urgence majeure, vu qu'il n'est pas douteux que chaque année des milliers de syphilitiques soient jetés *sans diagnostic* dans les asiles voués à la cure (?) des maladies mentales et que, d'autre part, les aliénistes, ne paraissent pas décidés à entrer d'une bien vive allure dans la voie des recherches relatives à la cause et à la nature des psychoses, on doit louer cette étude préparatoire, ce travail de déblai où sont ramassés tous les documents épars pour établir exactement le point où en est la question, et rendre la tâche plus facile à ceux qui viendront.

Voici quelques-uns des points intéressants de cette étude :

Sur 700 observations de syphilose cérébrale, les formes psychiques sont notées dans 109, un peu plus de quinze fois sur 100, ce qui donnerait tort également à Esquirol et à Jacobi, qui croient à l'origine syphilitique de la folie dans plus de la moitié des cas, et à Guislain et Leubursoher, qui la tiennent pour fort rare. De même sur 1,097 cas de folie (501 chez l'homme et 596 chez la femme) observés par le D[r] Ville, médecin de l'asile de Reinhau, la syphilis n'est comptée que dans la faible proportion de 2.5 0/0. Esquirol, sur 458 cas, n'en compte que 9 qu'il considère comme liés à la vérole. Le D[r] Mildner, directeur du manicome de Klosternenbourg, rapporte à la même diathèse 7 cas d'aliénation mentale suivis de nécropsie, observés de 1854 à 1869 sur un total de 5,529 aliénés. Les statistiques de T. Simon, médecin de l'hospice de Friedrichberg, à Hambourg, diffèrent peu des précédentes. Enfin Jessen soutint en 1857 que, dans la majorité des cas, la démence paralytique était due à la syphilis, et son opinion, partagée par Sandberg, Steenberg, Erlenmeyer, Winge, Kjellberg, fut combattue par Meyer, Westphal, Odemasson, qui, dans les cas mêmes où la syphilis était démontrée, ne voulurent y voir qu'une coïncidence dénuée de toute influence étiologique.

Laissant de côté l'anatomie pathologique, la symptomatologie et l'étiologie, je suivrai surtout l'auteur dans ses développements relatifs au diagnostic. Disons d'abord qu'il divise ces troubles en quatre catégories, comprenant :

1° Les cas où les désordres psychiques sont caractérisés par une profonde tristesse, la crainte de la maladie (syphiliphobie) ou du remède destiné à la combattre (mercuriophobie) ;

2° Les observations dans lesquelles l'apparition de la folie s'est faite rapidement, avec les symptômes de manie, de délire fébrile, mais sans délire ambitieux ;

3° Au troisième groupe appartiennent les malades qui, perdant graduellement la mémoire, deviennent stupides, imbéciles;

4° Dans une dernière catégorie sont ces cas, assez fréquents, qui se caractérisent par une diminution de l'énergie intellectuelle, coïncidant avec des phénomènes paralytiques plus ou moins étendus, et liés à une arachnite chronique, produisant l'atrophie consécutive de la substance corticale du cerveau.

Pour le diagnostic, notre auteur commence par déclarer qu'il n'y a pas de critérium absolu, et insiste avec raison sur l'étude des antécédents du malade, des phases antérieures de sa syphilis, de la modalité et de la succession des accidents nerveux, enfin de l'influence du traitement.

Pour retrouver la diathèse, on ne manquera pas de consulter le tégument, les os, etc., surtout les viscères. L'état du foie a éclairé dans bien des cas; souvent aussi on trouvera une *albuminurie* qui pèsera d'un poids immense en faveur de la vérole. On se rappellera, en ce qui a trait aux antécédents, que les maladies mentales syphilitiques commencent rarement d'emblée, comme les autres formes vulgaires de la manie ou du délire aigu ou chronique, mais viennent souvent après un stade prodromique assez long, caractérisé par une diminution de la mémoire et un abaissement des facultés intellectuelles.

Quant à la démence paralytique, la céphalée et l'insomnie qui la précèdent ou l'accompagnent, la marche par saccades, une certaine physionomie de la maladie devront faire penser à la syphilis.

Dans les troubles du même genre liés à l'alcoolisme, la céphalée fait défaut, le malade est tourmenté par des hallucinations, des illusions; enfin il présente presque toujours divers troubles de la sensibilité. L'âge peu avancé, surtout s'il ne dépasse pas vingt ans, devra plaider en faveur de la syphilis. Un des signes qui offrent peut-être la plus grande valeur pour déceler les aliénations mentales à fond syphilitique, est la présence de paralysies partielles, spécialement de l'oculomoteur, de l'abducteur, du facial, de l'hypoglosse; de paralysies unilatérales, asymétriques (Kraus), du nerf optique. Même signification doit être attribuée : aux accès épileptiformes sans aura (Gamberini), récidivant d'ordinaire à de longs intervalles (Ljungren), sans perte absolue de conscience (Keyes), et ne frappant qu'une moitié du corps avec convulsions toniques et cloniques précédées ou suivies de céphalée frontale intense, avec paroxysmes nocturnes, insomnie, vertiges, aphasie, hémiplégie incomplète ou fugace, sans graves lésions de la sensibilité. Wunderlich attache aussi une grande importance à la

perversion du caractère, la tendance à la colère, la pusillanimité, la tristesse et la crainte.

La fugacité et l'intermittence des phénomènes peuvent en imposer pour l'hystérie, mais la sensibilité reste intacte dans cette névrose, et l'aphasie vraie ne s'y rencontre jamais.

Enfin, on se gardera d'exagérer l'influence du traitement comme moyen de diagnostic. Son inefficacité surtout doit à peine entrer en ligne de compte, si la lésion est ancienne.

L'auteur termine par un court chapitre sur le traitement, et fait suivre son mémoire du tableau suivant, résumant d'une façon très nette les documents qu'il a compulsés :

| CATÉGORIES. | AGE DES MALADES (1). | SYPHILIS CONCOMITANTE | SEXE (2). Hommes. | SEXE (2). Femmes. | HÉMIPLÉGIE. | PARAPLÉGIE. | PARALYSIE GÉNÉRALE. | PARALYSIE PARTIELLE. | ÉPILEPSIE. | AMAUROSE. | COPHOSE. | CÉPHALÉE. | NÉVRALGIE. | ANESTHÉSIE. | APHASIE. | ABSENCE DE TOUT AUTRE SYMPTÔME NERVEUX. | GUÉRISON. | AMÉLIORATION. | MORT (3). |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1re *catégorie*, 8 cas simples : accès de mélancolie, hypochondrie, 1 syphilophobie................ | de 20 à 60 | 4 | 4 | 4 | 1 | » | » | 1 | 1 | » | » | 3 | » | » | » | 4 | 2 | 1 | 3 |
| 2e *catégorie*, 37 cas : hallucination, délire, manie, mélagnomanie.................................... | de 20 à 60 | 22 | 32 | 5 | 9 | 3 | » | 7 | 6 | 2 | 1 | 19 | 4 | 2 | 13 | 7 | 11 | 7 | 16 |
| 3e *catégorie*, 14 cas : paralysie générale des aliénés; démence paralytique......................... | de 24 à 62 | 6 | 7 | 6 | » | » | 14 | » | 2 | 5 | » | 6 | 1 | 4 | 7 | 1 | 4 | » | 9 |
| 4e *catégorie*, 50 cas : démence, imbécillité, idiotisme ........................................ | de 22 à 69 | 25 | 35 | 14 | 20 | 4 | » | 23 | 10 | 10 | 5 | 33 | 2 | 5 | 24 | 2 | 15 | 10 | 19 |
| TOTAL.................... ... | moyenne. 32.1 | 54 | 78 | 29 | 30 | 7 | 14 | 31 | 19 | 17 | 6 | 61 | 7 | 11 | 44 | 14 | 32 | 18 | 47 |

(1) Dans 16 cas, l'âge des malades est passé sous silence.
(2) Dans 2 cas, le sexe n'est pas mentionné.
(3) Dans 12 cas, l'issue de la maladie n'a pas été indiquée.

GAMBERINI. — *Il Traumatismo in rapporto colla sifilide.* (*Giornale Ital. delle malattie veneree*, 1879, p. 3.)

BARDUZZI. — *Sull' opportunita delle operazioni chirurgiche nella sifilide* (id. p. 134.)

Tandis que le professeur de Bologne accepte la plupart des conclusions de Petit, Barduzzi les trouve absolument exagérées. Le clinicien de Pise conteste beaucoup des observations de Petit, dans lesquelles il n'est pas prouvé que les auteurs aient su distinguer le chancre syphilitique du chancre simple et se mettre en garde, surtout quand il s'agissait de plaies voisines des chancres, contre la possibilité d'une inoculation de pus virulent chancrelleux. Et puis l'on ne cite que les faits bien rares, bien exceptionnels, où la syphilis a nui, sans tenir compte de l'immense majorité de ceux où elle n'a nullement influencé la marche des solutions de continuité. On sait en effet que beaucoup de médecins ont pu impunément en plein terrain infecté pratiquer l'extirpation du chancre induré, de papules muqueuses, d'amygdales, de végétations, de ganglions. Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, a amputé un doigt sans se soucier d'une syphilide confluente que portait un malade, et n'en a pas moins vu la réunion marcher fort bien. C'est ainsi que le professeur Rizzoli, de Bologne, dont la pratique est si étendue, questionné sur ce point par Gamberini, disait ne se rappeler aucun cas où la syphilis ait, soit retardé, soit altéré le travail régulier de la cicatrisation. Büsterhoff, étudiant l'influence de la diathèse sur les blessures de guerre, écrit qu'à moins d'intoxication invétérée et grave, à moins de désordres cachectiques sérieux, la syphilis ne nuit pas à la réparation régulière, ne nuit pas même à la réunion par première intention. Tout au plus peut-on, dans certains cas, et Barduzzi en convient lui-même, voir survenir à propos du traumatisme et dans son voisinage plus ou moins immédiat quelques efflorescences spécifiques.

Que dans une période avancée la syphilis tertiaire, en débilitant le sujet cachectisé, en ralentissant les phénomènes de l'hématose, ne livre à l'acte chirurgical qu'un terrain peu propice aux processus plastiques, c'est affaire à l'état général plutôt qu'à la diathèse, et il est bien évident d'ailleurs qu'en pareil cas aucun chirurgien, à moins d'indication d'urgence, ne s'avisera de tailler en pleine chair pour quelque grande opération ou de dessiner quelque délicate broderie autoplastique nécessitant sur tous les points une réunion mathématique. En résumé l'auteur conclut que d'une façon générale la syphilis ne trouble pas l'évolution naturelle des plaies ou de toutes autres lésions, et que les

rares complications qui peuvent survenir peuvent toujours être prévenues ou traitées par une cure appropriée. L. JULLIEN.

---

M. R. LÉVI. — *Sifilide cerebrale a forma di cefalalgia e poi di epilessia unilaterale per gomma caseificata nella secunda circonvoluzione frontale.* (Opusc. de 15 pages, Venezia 1879.)

Une femme de 40 ans entre d'abord à l'hôpital pour une névralgie du trijumeau d'origine gommeuse; puis peu de temps après, en juillet 1878, pour une syphilis cérébrale caractérisée par une céphalée avec tremblement du bras gauche, accidents irrégulièrement intermittents, accompagnés d'une fièvre à type quotidien remittent, à exacerbations vespérines, rebelle au bisulfate de quinine et à l'arsenic.

Après une amélioration passagère survient, en décembre 1878, une grave céphalée frontale gauche, sévissant surtout la nuit. Nouveau traitement, nouveau soulagement; mais en mars soudain s'affirme l'épilepsie ; en moins d'une heure se produisent quatre accès suivis de torpeur et d'abattement. Ils consistaient en des spasmes toniques fugaces, de la moitié droite du corps (hémiplégie partielle unilatérale). Le lendemain, la malade était morte.

L'autopsie permit de reconnaître une gomme syphilitique en voie de régression caséeuse dans la seconde circonvolution frontale de l'hémisphère cérébral gauche. Tout autour, le tissu cérébral présentait un ramollissement considérable.

Dans les lignes fort judicieuses dont il fait suivre cette observation, Lévi insiste sur l'importance, au point de vue du diagnostic, de cette céphalalgie frontale gauche, qui permit au professeur d'affirmer, sans le moindre doute possible, l'existence de la néoplasie spécifique. Un autre point digne de remarque, c'est le siège de la gomme, qui s'était développée primitivement, non dans les méninges mais dans l'intimité même de la substance cérébrale. L. JULLIEN.

---

LA SURDITÉ BRUSQUE DANS LA SYPHILIS, par SAMUEL SEXTON. (*The American journal of medical sciences*, juillet 1879).

L'auteur décrit une complication rare de la syphilis secondaire caractérisée par les phénomènes suivants : début brusque amenant une

surdité à peu près absolue, participation des deux oreilles presque constante, quelquefois prodromes constitués par un bruit de détonation violente, des vertiges et des vomissements, bourdonnements d'oreilles dès le début, en général peu de douleur ; traitement jusqu'à présent peu efficace, sans doute à cause du temps perdu pour trouver l'étiologie de l'affection.

Il ne s'agit pas là d'une surdité par lésion de l'oreille interne, mais d'une *congestion d'emblée de l'oreille moyenne*. Cette dernière partie de l'appareil auditif présente en effet de l'hypérhémie, de l'épaississement de la membrane du tympan, mais pas d'exsudation liquide, ni d'engorgement de la trompe d'Eustache. H. C.

---

UN CAS UNIQUE DE RÉTRÉCISSEMENT PHARYNGIEN COMPLET DE CAUSE SPÉCIFIQUE, par JOSEPH MEYER. (*The New-York medical Record*, 23 août 1879.)

Un homme, trois ans après le début d'une syphilis d'intensité faible améliorée par le mercure, est atteint d'ulcération avec infiltration du pharynx qui le font transporter dans un état asphyxique à la clinique du professeur Nussbaum (de Munich). La voix et la parole sont presque abolies, le canal pharyngien est rétréci au niveau de l'orifice du larynx, sa paroi postérieure ulcérée, le voile du palais perforé et la luette soudée au pilier droit. La trachéotomie est pratiquée d'urgence, et le malade, après avoir été soumis à un traitement mixte, quitte l'hôpital. Quelques jours après, il se représente, et l'on peut examiner plus minutieusement sa lésion ; elle consiste en un rétrécissement tel du pharynx qu'on ne peut même pas introduire un stylet dans le pertuis unique par lequel le malade respire et prend des aliments liquides. Il faut admettre que dans la déglutition, des mouvements musculaires appropriés amènent cet orifice en contact avec l'œsophage, en obturant en même temps le larynx ; cet homme portait du reste constamment un tube trachéal qui ne l'empêchait pas d'avoir un peu de dyspnée. Le professeur Oertel employa quelques jours la dilatation, puis pratiqua trois incisions au bistouri à la suite desquelles on retrouva le larynx intact. Ce traitement purement chirurgical amena presque immédiatement la cessation complète de tout trouble de la phonation et de la déglutition, et le malade put respirer sans tube trachéal. H. C.

---

## MALADIES VÉNÉRIENNES.

BONALUMI. — *L'iodoformio nella cura dell' ulcero molle e del bubbone.* (*Gaz med. ital. lombardo*, 1879.)

D. BARDUZZI. — *Del iodoformio nelle terapia delle malattie veneree* (*Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle.* 1878, p. 325.)

Les bienfaits de l'iodoforme, employé comme topique, sont passés aujourd'hui à l'état d'axiome. Signalons cependant les recherches de Bonalumi qui, très logiquement, et s'appuyant d'ailleurs sur la clinique, le présente comme le meilleur prophylactique du bubon chancreux. La chose s'explique aisément, puisque c'est sous l'influence de cette poudre que les ulcérations molles se cicatrisent le plus rapidement. Nous aurions bien, quant à nous, quelques réserves à exprimer en faveur du camphre réduit en poudre impalpable après dissolution dans l'éther ou l'alcool, ainsi que l'a indiqué Mireur, médicament certainement aussi efficace dans beaucoup de cas et présentant tout au moins l'avantage d'imprégner les malades d'une odeur plus avouable; mais nous reviendrons plus tard sur cette idée.

Tout en partageant les opinions de Bonalumi sur l'excellence de l'emploi externe de ce médicament, Barduzzi, à l'exemple de Binz et de Moleschott, à entrepris quelques expériences sur l'action physiologique de l'iodoforme donné à l'intérieur. Voici ses principales conclusions :

*a*) A l'intérieur, l'iodoforme produit des effets plus narcotiques que l'iode; chez le chien et chez le chat, il amène une dépression profonde, des vomissements, des convulsions, des contractures et enfin la mort, à la dose de 4 à 5 grammes.

*b*) A dose toxique, il donne origine à la dégénération adipeuse aiguë du foie et des reins, et la mort survient avec des phénomènes de paralysie générale liés à un grand abaissement de la température.

*c*) L'action narcotique de l'iodoforme est due, selon toute probabilité, à l'iode qui se loge dans l'organisme et agit à l'état naissant sur le système nerveux.

Ce dernier point a été contesté par M. Righini, mais l'auteur s'étant soumis à l'usage de l'iodoforme (30 centigrammes en 2 fois à 5 heures d'intervalle) a pu retrouver l'iode dans les urines au bout de 3 heures.

Ce fait a été aussi régulièrement eonstaté ehez les malades auxquels le médieament a été administré. Cela étant, rien de plus logique pour faire agir l'iode que d'administrer l'iodoforme, eomposé d'hydrogène et de earbone, substanees éminemment propres à l'assimilation.

L'auteur en a fait usage à l'intérieur dans les manifestations serofuleuses, l'employant seul ou mélangé à l'huile de foie de morne ; il a reeonnu qu'on pouvait avantageusement le substituer aux autres préparations iodées. Il l'a employé en outre, à l'exemple de Piek, de Prague, dans 12 eas de syphilis seeondaire, pour remplaeer soit l'iodure, soit les mereuriaux. Un mois de traitement en moyenne a suffi pour faire disparaître les manifestations tant eutanées que muqueuses. Dans un cas de syphilis galopante earaetérisée par de larges pustules ecthymateuses et des phénomènes généraux graves, Barduzzi fit prendre d'abord une pilule de 5 eentigrammes d'iodoforme, puis deux par jour au commencement des repas et, en augmentant peu à peu, administra jusqu'à 50 eentigrammes en 4 pilules. Au bout de 45 jours, le malade quittait l'hôpital absolument guéri de tous ees aeeidents.

Nous eroyons savoir que les faits reeueillis depuis la publieation de son mémoire par M. Barduzzi dans son magnifique serviee de Pise ont pleinement confirmé les espéranees que ses premiers essais lui avaient permis de coneevoir. Quel est le pratieien qui n'appréeiera pas l'immense avantage de pouvoir varier les préparations iodées, remplaeer telle d'entre elles qui moleste la muqueuse stomacale par telle autre qui la ealme et l'endort, ou de parer à l'aeeoutumanee par les modifications très réelles subies dans sa forme par l'agent aetif? Enfin, il est un point bien délieat sur lequel le prudent auteur ne fait que glisser, quand il énonee ineidemment qu'aux préparations mereurielles elles-mêmes il pourrait se faire que dans eertains cas on en arrivât un jour à préférer l'iodoforme. Ah ! mon eher Barduzzi, qu'avez-vous éerit là ? Je vous en avertis, vous touchez à l'arehe sainte. L. JULLIEN.

---

I. GIUSEPPE PROFETA. *Un decennio di clinica dermo-sifilopatica dell'Universita di Palermo.* (Ouvrage de 166 pages avee 22 planehes photographiques.)

II. GAMBERINI. — *Statistica degli ammalati presentati nell' anno* 1878 *alla clinica di Bologna.* (*Giorn. ital. delle mal. ven.*, 1879, 101.)

III. DOMENICO RAMORINO. — *Resoconto clinico per l'anno* 1877, del Dott. Giuseppe GUALCO. (1879, Genova.)

I. Nous n'avons pas la prétention d'analyser un ouvrage aussi eondensé, aussi touffu de faits et d'idées que celui dans lequel Giuseppe

Profeta vient de résumer dix ans de pratique. Beaucoup de traits anatomiques de la doctrine de ce maître sont, du reste, connus des lecteurs des *Annales*, qui ont à plusieurs reprises publié des originaux des professeurs palermitains. Aussi me bornerai-je à appeler l'attention sur la partie inédite de ce travail.

Citons au hasard les chapitres sur la *lèpre*, le *nœvus vasculaire*, la *chéloide*, le *molluscum fibrosum* (où se trouve relaté le cas d'un malade sur lequel on pouvait compter plus de 7,000 tumeurs), l'*achromie* suite d'émotion morale, l'*ichthyose acquise* et le *purpura urticans* par athéroasdie artérielle. D'admirables planches photographiques enrichissent cet ouvrage.

II.-III. La fréquence relative des différentes espèces de maladies vénériennes a subi, dans ces dernières années, des variations si étranges, avec des saccades et des soubresauts si inexpliqués, qu'il devenait nécessaire, pour ne négliger aucun élément de la question, de tenir en considération les statistiques de nos voisins. Justement la presse italienne nous apporte les très intéressants comptes rendus de la clinique de Sainte-Ursule à Bologne et du service de l'hôpital des Pammatone à Gênes.

Je transcris brièvement la statistique de ces deux services.

*Service du professeur Ramorino, à Gênes.*

| | |
|---|---|
| Écoulement uréthral | 137 |
| Epididymite blennorrhagique | 66 |
| Chancres simples | 142 |
| Bubons chancreux | 113 |
| Chancres syphilitiques | 80 |
| Syphilides | 52 |

*Service du professeur Gamberini, à Bologne.*

(Salle des hommes.)

| | |
|---|---|
| Écoulement uréthral, soit simple soit inflammatoire | 238 |
| Balano-posthite | 24 |
| Épididymite blennorrhagique | 41 |
| Chancres simples | 140 |
| Bubons liés au chancre simple | 99 |
| Phimosis et paraphimosis chancreux | 17 |
| Chancres syphilitiques | 77 |

| | |
|---|---|
| Syphilides | 88 |
| Végétations | 28 |
| Rhumatisme blennorrhagique | 4 |

(Salle des femmes.)

| | |
|---|---|
| Blennorrhagie uréthrale | 2 |
| Blennorrhagie valvulaire, vaginale, utérine | 30 |
| Chancres simples | 10 |
| Bubons liés au chancre simple | 4 |
| Chancres syphilitiques | 3 |
| Syphilides | 56 |
| Végétations | 6 |

Je regrette de ne pouvoir m'appesantir sur le rapport de Gualco, tableau fidèle de la clinique des Pammatone. L'ensemble des méthodes thérapeutiques mises en usage par un homme de la valeur de M. Ramorino ne saurait être dépourvu d'intérêt. Bornons-nous à signaler le traitement de l'*orchite* par le collodion, des *bubons* par l'aspiration et les pansements phéniqués, de la syphilis par le tayuya, à l'exclusion de tout agent mercuriel, et enfin une observation fort complète de syphilis cérébrale apoplectiforme. L. JULLIEN.

---

CARAMITTI. — *Della cura delle varie specie di adeniti veneree.* — (*Giorn. ital delle mul. Ven. e della pelle*, 1879, p. 294.)

D'une très longue étude clinique fort bien présentée par M. Caramitti, nous extrayons les conclusions suivantes ordonnées sous forme de questionnaire.

1° Doit-on exciser les bords et lambeaux cutanés dans la monoadénite? Oui, chez les individus lympathiques, que l'on ne peut visiter tous les jours. Non, si les lambeaux sont bien nourris, et si le malade peut être surveillé de près.

2° Quelle conduite doit-on tenir en face de l'adénite virulente liée au chancre mou? Inciser largement, enlever les lambeaux, et, d'autre part, transformer le chancre en une plaie simple. Panser à l'iodoforme ou à l'onguent résineux de Bologne qui donne en pareil cas d'excellents résultats.

3° Que faut-il faire dans les adénites fongueuses et dans les adénites avec périadénite? Inciser largement la peau et introduire dans la plaie l'index graissé pour essayer de détacher, d'arracher les masses de leur base. On enlève ce qu'on peut de cette façon et, au besoin, on sépare les parties de leurs attaches en coupant à plat avec des ciseaux courbes. On peut substituer à l'action de l'instrument tranchant celle de troschisques au sublimé ou au minium fichés sous les glandes. On pansera ensuite avec de l'acide phénique en solution, et même pur si la tendance à la prolifération reparaît.

4° Que faut-il faire dans la périadénite? Au début, sangsues nombreuses; injections sous-cutanées d'iodure de potassium au 15e; compression au moyen de plomb de chasse alternant avec onctions iodées. Si ces moyens ont échoué, donner le plus tôt possible une large issue au pus, et placer des tubes pour assurer son évacuation ultérieure aussi complètement que possible.

5° Le débridement sous-cutané glandulaire par la méthode d'Auspitz, ou l'aspiration du pus donnent-ils de bons résultats? Ce sont là des moyens peu fidèles, mais à essayer toutefois dans la pratique privée parce qu'ils n'effraient pas le malade.

6° Le salicylate de soude doit-il remplacer pour les pansements la quinine ou les solutions phéniquées? Non! — Outre son prix plus élevé, il présente le désavantage de guérir moins bien que les solutions phéniquées, les plaies pansées au salicylate deviennent grises et se cicatrisent lentement.

L. JULLIEN.

---

# BIBLIOGRAPHIE.

## ANALYSES.

DIE HAUTKRANKHEITEN FUR AERZTE UND STUDIRENDE (LES MALADIES DE LA PEAU POUR MÉDECINS ET ÉTUDIANTS), par le Dr GUSTAV BEHREND, médecin praticien à Berlin. 1 vol. in-12, avec 28 fig. intercal. dans le texte. Braunschweig, chez F. Wieden, 1879.

Cette fois il s'agit d'un véritable manuel par lequel l'auteur s'est proposé de réaliser en peu de pages l'initiation théorique et pratique de ses lecteurs. L'anatomie et la physiologie de la peau sont brièvement résumées. Les généralités forment ici un chapitre intéressant dans lequel se trouvent énoncés les différents modes de traitement et les remèdes les plus habituellement employés contre les affections de la peau. Notamment en ce qui concerne l'arsenic et le mercure, l'auteur indique avec soin les préparations mises en usage par les dermatologistes de tous les pays. Nous regrettons cependant que M. Behrend, si à portée de nous instruire sous ce rapport, n'ait pas donné à ce chapitre son complément naturel, endiscutant le mode d'action des divers médicaments et les cas dans lesquels on doit préférer une préparation à une autre.

On lira avec intérêt tout ce qui se rattache à la cure hydriatique des maladies de la peau soit sous forme d'enveloppements et de douches hydrothérapiques, soit sous forme de bains.

L'auteur a adopté la classification du professeur Hebra et la plupart de ses opinions.

Le chapitre consacré aux affections cutanées parasitaires d'origine végétale nous semble un peu écourté, principalement en ce qui concerne le diagnostic et le traitement.

En somme, c'est là un livre que consulteront avec fruit les étudiants et les praticiens. Sous une forme concise, il renferme des notions exactes sur la dermatologie et des indications précises, sur la thérapeutique des maladies de la peau et sur leur traitement.

C'est un véritable manuel du praticien, l'aide précieux destiné à tirer d'embarras le médecin peu habitué aux distinctions minutieuses que comporte et qu'impose la science des Willan et des Biett. A. D.

PHOTOGRAPHIC ILLUSTRATION OF SKIN DISEASES, par le Dr GEORGES HENRI *Fox clinical professor of dermatology, starling medical college, Columbus*, etc... in-4°. New-York, chez E. B. Treat.

Sous ce titre, l'auteur, un des dermatologistes les plus distingués de l'Amérique, publie par livraisons, exécutées d'après nature, des reproductions photographiques coloriées des maladies de la peau. L'ouvrage complet sera en douze livraisons, dont quatre ont déjà paru, chacune contenant quatre planches. Quant à leur coloration — ce qui est toujours, on le sait, le point délicat — elle a été confiée à un artiste remplissant des conditions toutes spéciales. Autrefois médecin, et, ayant étudié les maladies de la peau à l'hôpital général de Vienne, il était, on en conviendra, comme prédestiné pour la meilleure exécution de ce travail. Quelques-unes des planches sont en effet très bonnes, mais quelques autres, il est vrai, laissent un peu à désirer. Il en est du reste ainsi pour tous les atlas, et il serait injuste d'en imputer la faute aux artistes qui consacrent leur talent à cet ingrat labeur; car certaines affections de la peau sont presque impossibles à reproduire exactement : on en a jadis défié le pinceau et le burin, on pourrait aujourd'hui en défier le soleil.

Le texte qui accompagne chaque planche est en général assez court. Il comprend d'abord l'histoire abrégée de chaque cas, l'auteur s'étant avec raison borné à signaler les points qui offrent un intérêt particulier. Vient ensuite une description succincte de la maladie, avec les caractères diagnostiques en regard et enfin les principales indications thérapeutiques ainsi que le traitement proprement dit.

Ne se proposant point le but d'un écrit didactique, l'auteur n'en a pas les prétentions : il ne s'est donc pas asservi à un ordre méthodique pour le groupement des maladies. On trouve là réunis, tels qu'ils se sont présentés à son observation, les cas rares ainsi que les lésions cutanées que l'on observe le plus habituellement.

Les étudiants, les praticiens qui n'habitent pas les grands centres d'observation clinique, où seulement existent des hôpitaux spéciaux, trouveront dans les planches qui composent cet atlas, un excellent moyen de se familiariser avec l'aspect des maladies de la peau. Comme le dit le Dr Fox, dans sa préface, l'étude des affections cutanées sans malades ou sans planches coloriées, serait comme l'étude de l'ostéologie sans os, et celle de la géographie sans cartes.

Pour les dermatologistes, ce nouveau recueil sera également d'une incontestable utilité ;on n'exerce jamais trop le sens de la vue en dermatographie, et à notre avis, par conséquent, on ne saurait trop

multiplier les atlas. Il y a toujours profit à en consulter le plus possible. A. D.

---

ATLAS OF SKIN DISEASES, par le Dr LOUIS DUHRING, professeur de dermatologie à l'université de Pensylvanie. Livraisons IV et V. Philadelphie, 1879, chez Lippincott et Cie.

Nous sommes en retard avec les dernières livraisons de l'atlas du professeur Duhring. Les livraisons IV et V ont paru dans le courant de 1879. Chacune d'elles contient, comme les précédentes, quatre planches : la 4e des cas de vitiligo, de pelade, de teigne faveuse et d'eczéma rubrum, la 5e de gale, de zoster, de sycosis parasitaire et d'eczéma (forme vésiculeuse).

Ces planches sont remarquables par la précision du dessin et la justesse du coloris. Elles sont consacrées à celles des dermatoses que l'on rencontre le plus habituellement dans la pratique, et à ce titre, elles méritent toute l'attention des médecins. Je crois, en effet qu'il y a grand avantage à reproduire soit dans un atlas, soit par des moulages, les maladies de la peau les plus fréquentes et sous les divers aspects qu'elles peuvent présenter. Et cependant on voit les dermatologistes en général plus désireux de publier un cas rare que de s'attacher à donner des spécimens des faits vulgaires, en quelque sorte classiques. C'est là, croyons-nous, une erreur et une regrettable tendance. Au point de vue de l'instruction et de l'enseignement, il y a plus d'intérêt à mettre sous les yeux des étudiants, des médecins peu familiarisés avec les maladies cutanées, les lésions qu'ils sont à même de rencontrer chaque jour dans leur pratique, que les cas qu'ils ne verront qu'une fois dans tout le cours de leur carrière médicale, peut-être même jamais.

Aussi félicitons-nous notre savant confrère du choix que, bravant ce préjugé, il a fait pour les sujets jusqu'à présent destinés à figurer dans son atlas.

Une des lésions de la peau les plus difficiles à reproduire est sans contredit l'eczéma. Cette affection, avec ses modalités si diverses, ses teintes si variées, l'humidité caractéristique qu'il importe parfois de faire ressortir, est une de celles dont on peut le plus souvent et avec le plus de raison critiquer la figuration dans la plupart des atlas déjà parus. Dans l'ouvrage de M. Duhring, on a représenté avec beaucoup

de succès la forme vésiculeuse de l'eczéma. C'est certainement une des meilleures planches que nous connaissions sur cette maladie, si facile à la propagation et si rebelle à la reproduction.

Nous en dirons autant de celle qui nous montre un bel exemple de sycosis parasitaire.

Du texte, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons déjà dit au sujet des trois premières livraisons. L'auteur expose avec beaucoup de clarté et de précision ce qui se rattache à chaque cas, et résume ensuite tout ce qu'il est intéressant de connaître au double point de vue du diagnostic et du traitement. A. D.

---

TRAITÉ DES MALADIES DE LA PEAU, par le professeur J. NEUMANN, traduit sur la 4e édition et annoté par les docteurs G. et E. DARIN, avec 76 figures intercalées dans le texte. Paris, chez A. Delahaye et Cie, 1880.

Depuis longtemps déjà on annonçait la traduction du traité des maladies de la peau de M. le professeur Neumann, un des élèves les plus distingués de cette école dermatologique viennoise dont le chef incontesté est le professeur Hebra.

Cette traduction vient de paraître, elle a été faite sur la 4e édition allemande, elle est due à MM. G. et E. Darin, dont le premier avait déjà révélé ses remarquables aptitudes par la traduction de divers autres ouvrages.

Le professeur Neumann nous apprend dans la préface qu'il a eu un moment la velléité de publier un ouvrage plus complet ; mais que, frappé de la nécessité pour le praticien et pour les étudiants d'avoir un livre de proportions restreintes, il abandonna cette idée. J'avoue que, en ce qui me concerne, je regrette cette décision. A poursuivre son premier dessein, l'œuvre de notre savant confrère aurait certainement gagné, surtout si les développements avaient porté sur la partie clinique qui paraîtra à tout le monde écourtée au delà de notre légitime attente.

Au point de vue anatomique et histologique, il n'y a que des éloges à adresser à l'auteur. Il est, comme on devait s'y attendre, parfaitement au courant de tous les travaux modernes qui ont été publiés dans tous les pays sur cette si intéressante spécialité. Lui-même, d'ailleurs, on le sait, a écrit sur divers sujets de dermatologie des mémoires très importants. Nous n'avons pas à rappeler ici ses nombreux travaux sur la matière : ils sont présents à l'esprit de tous ceux qui s'occupent de ces questions.

Ainsi, par exemple, à propos des affections cutanées parasitaires, des pages on ne peut mieux remplies sont consacrées à l'histoire naturelle des parasites, notamment des parasites végétaux.

Ce sont là évidemment des études de première nécessité en cette matière, mais nous regrettons que le traitement soit par contre abrégé ; nous eussions aimé voir l'auteur étudier avec plus de détails les différents modes de médication qui ont été préconisés, et surtout insister sur les indications qui, dans un cas donné, doivent faire préférer telle méthode aux autres.

Un excellent modèle nous a été donné sous ce rapport par M. Diday, dans sa thérapeutique des maladies vénériennes, où il s'est plu à indiquer, en bravant le reproche d'être minutieux, les règles à suivre non seulement pour chaque espèce mais encore pour chaque variété et chaque période de maladie.

A un point de vue tout semblable, ce qui embarrasse certainement le plus les étudiants, voire même des praticiens instruits, c'est de connaître exactement la conduite à tenir suivant la phase de la dermatose qui se présente à notre observation. Combien n'observe-t-on pas dans la pratique d'eczémas irrités, enflammés, aggravés même par une thérapeutique rationnelle selon les livres, mais intempestive selon la clinique. On se plaint quelquefois que les élèves, dans les cours, ne prennent leur carnet que pour y insérer des formules ; peut-être en insistant encore davantage sur la nécessité de poser des indications non seulement médicamenteuses, mais précises, opportunistes, éviterait-on en partie cet écueil ? Car s'il est des maladies où les indications sont nécessaires, ce sont bien à coup sûr les maladies de la peau, et l'énumération, quelque nombreuse qu'elle soit, de formules bien choisies, ne remplacera jamais une étude approfondie sur la physionomie et l'*impressionnabilité* des lésions cutanées à leurs diverses périodes. C'est là surtout que les nuances sont importantes et que l'on reconnaîtra toujours le spécialiste à la sûreté de main avec laquelle il saura diriger le traitement selon le cas, prescrire, ajourner, refuser le spécifique réclamé par le malade : c'est en dermatologie surtout qu'il ne faut pas oublier le *primo non nocere*.

Ainsi, à propos du lupus, la plupart des méthodes sont bien énumérées par M. Neumann ; mais il me semble regrettable que l'auteur, avec sa haute compétence, n'ait pas jugé à propos de discuter la valeur de chacune d'elles. Il se borne à dire quelques mots du raclage des infiltrats lupeux avec la curette (méthode de Volkmann) et de la scarification punctiforme du même auteur.

Quelques dermatologistes combinent le raclage avec la cautérisation

au fer rouge. Quelle est la méthode qui paraît mettre le mieux à l'abri des récidives ? Celle qui donne les cicatrices les moins difformes ? Sur ce dernier point, les scarifications linéaires préconisées par MM. Balmanno Squire et Vidal me paraissent mériter la préférence sur les autres modes de traitement.

Mais tous ceux qui font de la dermatologie une étude spéciale trouveront dans l'œuvre du professeur Neumann les renseignements les plus précieux, les plus utiles sur tous les travaux déjà publiés. Une brève analyse suffit en effet à en donner l'idée exacte, et du reste l'indication bibliographique qui l'accompagne permettra à ceux qui le désireront de recourir facilement au mémoire original. C'est là un travail important et dont tous les dermatologistes sauront gré à notre savant confrère.

Quant à la classification adoptée par l'auteur, elle repose sur les mêmes principes que celle du professeur Hebra. Elle peut toutefois en être considérée comme une simplification. Comme celle du chef de l'école dermatologique viennoise, c'est avant tout une classification anatomo-pathologique. Contrairement à Hebra, toutefois, Neumann a rangé — avec raison selon nous — la gale dans les affections de la peau déterminées par des parasites animaux au lieu de la réunir aux processus exsudatifs chroniques. Voici les dix classes qu'il admet :

I. Hyperémies cutanées. — II. Anémies cutanées. — III Anomalies de sécrétion. — IV. Affections inflammatoires. — V. Affections hémorrhagiques. — VI. Affections hypertrophiques. — VII. Affections atrophiques. — VIII. Néoplasies. — IX. Névralgies. — X. Parasites.

La traduction de MM. Darin est claire et élégante, elle est d'une lecture aussi facile qu'agréable et nous ne saurions trop les féliciter de la manière précise dont ils ont su rendre la pensée de l'auteur.

Nous regrettons seulement qu'ils aient trop sacrifié au laconisme, qu'ils se soient systématiquement restreints dans leur office d'annotateurs. Elle eût été par exemple, opportune et bien venue, une magistrale introduction, où ils auraient tracé, fait ressortir les divergences encore si profondes qui séparent l'Ecole de Vienne de l'Ecole française. Leurs objectifs, leurs visées, sont en effet essentiellement différents. Tandis qu'à Vienne on se préoccupe exclusivement des lésions locales, en France, au contraire, on cherche à découvrir, dans la plupart des cas, leurs rapports avec des états constitutionnels. Il nous semble bien apercevoir chez nos confrères des bords du Danube une certaine tendance à rattacher parfois les dermatoses à un trouble diathésique, mais la ligne de démarcation est encore tranchée.

L'école allemande nous paraît reprendre à son tour l'œuvre de Willan-

Bateman et de Biett. Mais les auteurs anglais examinaient les lésions cutanées à l'œil nu, tandis qu'aujourd'hui l'investigation ne se borne pas aux caractères objectifs des dermatoses.

Armés du microscope, ils scrutent avec raison les altérations intimes du tégument. Sous ce rapport, ils ont fait faire de très grands progrès à l'étude anatomo-pathologique des affections de la peau. Mais mieux on a pénétré la nature d'un objet, plus on doit être tenté de découvrir sa cause productrice. C'est dans cette dernière voie que la dermatologie française s'engage de plus en plus ; c'est sur cet attrayant et fertile terrain qu'elle a fait lever ses plus belles récoltes.

L'ouvrage du professeur Neumann est accompagné de 76 figures intercalées dans le texte, toutes exécutées d'après les préparations de l'auteur. Elles sont très nettes et me paraissent devoir être d'un grand secours pour se rendre compte des lésions histologiques de la peau.

Ce sont, dans le sens précis du mot de véritables illustrations et, grâce à elles, il est facile de saisir les modifications caractéristiques que présentent les diverses parties du tégument dans telle ou telle dermatose.

Le traité des maladies de la peau du professeur Neumann a sa place marquée dans la bibliothèque, non seulement de tous les dermatologistes, mais encore de tous les médecins désireux de se tenir au courant de tous les progrès réalisés depuis quelques années dans l'étude de maladies qui touchent par tant de points aux passionnantes entreprises des savants dans le domaine des infiniment petits, cause de mieux en mieux connue de si grands désordres dans le champ de la nature vivante.

A. DOYON.

---

LETTRES A ÉMILE SUR L'ART DE SE PRÉSERVER DU MAL VÉNÉRIEN ET DES CHARLATANS QUI L'EXPLOITENT, par ED. LANGLEBERT, in-8° de 134 pages, Paris, chez Adrien Delahaye.

Il paraît contraire à tous les usages du journalisme de mentionner dans la section consacrée aux nouveautés, un livre vieux déjà de tout un grand semestre, mais l'infraction est des plus excusables. Nos vices, nos préjugés surtout, ne se chargent que trop de conférer à l'ouvrage de M. Langlebert une de ces actualités vivaces que ne saurait atteindre la prescription même trentenaire.

Dans ces substantielles et brillantes pages écrites notamment à l'adresse des gens du monde, la science proprement dite peut aussi

trouver son compte. Car l'auteur, qui a lui-même contribué par plus d'une production originale à fonder la théorie *française* des maladies vénériennes, ne pouvait manquer de s'inspirer ici de cette théorie et d'en énoncer explicitement les principes essentiels. Et c'est beaucoup à nos yeux, c'est un grand et rare mérite — quelque forcé qu'il ait été dans la circonstance — de parler aux profanes un langage parfaitement orthodoxe.

Ce langage sera entendu, n'en doutons pas; car il touche en ces matières aux intérêts les plus chers de l'homme, à ceux que durant la plus longue période de sa vie, il met absolument et résolument au-dessus de tous les autres. Mais instruire les Émiles effrayer même les Alphonses n'est ni son seul ni son plus digne objectif. Nous voulons qu'elle porte plus loin et plus haut.

Ces conseils si sages, si précis, présentés sous une forme si attrayante et si péremptoire, il est bon que le médecin, à l'occasion, s'en fasse l'interprète. Oui, il apprendra dans l'ouvrage de M. Langlebert, deux choses que ses auteurs classiques lui ont laissé parfaitement ignorer : quels sont les préjugés de son client, et comment il peut les éclairer, œuvre qui ne semble aisée qu'à celui qui ne l'a point entreprise. Diplomatie ardue où bronchent les plus vieux routiers ; où l'honneur des citoyens, la paix des ménages, l'avenir des enfants peuvent si souvent être compromises par un mot inconsidéré, par une omission inconsciente, que je ne saurais trop répéter aux praticiens surtout aux non spécialistes : Pour sortir de ce labyrinthe, prenez le guide que je vous présente : il en sait, il vous en révèlera à la fois les détours et les issues.

P. DIDAY.

# RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

## THÈSES SUR LA DERMATOLOGIE SOUTENUES EN 1879.

AUDOUARD. — De l'acné sebaeée partielle et de sa transformaiion en eancroïde.
CABIRON. — Des éruptions de la fièvre typhoïde.
CABARROU. — Du psoriasis chez les syphilitiques.
CROUZET. — Contribution à l'étude des cicatrices.
GERMAIN. — Des lésions trophiques et des troubles sensitifs dans les gelures anciennes.
KINZELBACH. — De l'eczéma pilare.
ROUQUAYROL. — Prophylaxie et traitement de la teigne tondante.
GRANDVAUX. — De l'emploi du savon mou de potasse dans la thérapeutique des maladies de la peau.
CAZEAU. — Contribution à l'étude anatomique des diathèses.
PETITJEAN. — Accidents du côté de la peau et des muqueuses, déterminés par l'administration de l'iodure de potassium.
RIGAUD. — Etude sur les papillomes.
RIGAUT. — Des propriétés anesthésiques de l'acide phénique dans les affections prurigineuses de la peau.
ROUX. — Contribution à l'étude de l'herpès traumatique.
MARTINET. — Des éruptions cutanées provoquées par l'ingestion de l'hydrate de chloral.
DUFOUR. — Du rhumatisme dit hémorrhagique et du purpura rhumatismal.
CLAUDAT. — De la teigne et de son traitement.
DODRÉ. — Du traitement de l'eczéma et spécialement du traitement local par la toile de caoutchouc, comparé au traitement par la pommade d'Hebra.
LOMIER. — De l'étiologie du zona.
BIENVENOT. — Contribution à l'étude de la selérodermie.
TOURNADRE. — Des éruptions à la face eonséeutives à l'application des emplâtres de thapsia sur le devant de la poitrine.
LABOURÉ. — De l'herpès vulvaire.
BRUYÈRE. — Recherches cliniques sur l'emploi de l'acide pyrogallique dans le traitement, de quelques affections de la peau.
REBOUL. — Etude sur les éruptions arsenicales.
GOMER. — Du carathès ou tache endémique des Cordillières.
LUCE. — Recherches sur un cas curieux d'alopécie.

LE GÉRANT : MASSON.

Société anonyme d'imprimerie. PAUL DUPONT, Dr. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) 50-1.80




A. Leuba del.

Imp. Lemercier & Cie Paris

Librairie G. Masson.

# ANNALES
DE
# DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

DEUXIÈME SÉRIE





## TRAVAUX ORIGINAUX.

### MÉMOIRES

I.

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU BOUTON DE BISKRA


par **A. LAVERAN**,

médecin major de première classe, professeur agrégé du Val-de-Grâce.


Malgré les nombreux travaux dont le *bouton* ou *clou de Biskra* a été l'objet, plusieurs points de l'histoire de cette endémie sont encore mal élucidés ; on peut dire, par exemple, sans exagérer beaucoup, que le nombre des opinions émises relativement à la pathogénie et à la nature du mal est presque aussi grand que celui des observateurs, *tot capita, tot sententiæ;* la description même des lésions cutanées montre de notables divergences entre

les auteurs. Pendant un séjour de plusieurs mois que nous avons fait à Biskra, en 1878-1879, nous avons eu fréquemment l'occasion d'examiner des malades atteints du bouton endémique, et nous nous proposons dans ce travail de donner le résultat de nos observations. Nous étudierons successivement : 1° les conditions dans lesquelles se développe le bouton de Biskra ; 2° les caractères des lésions cutanées et les complications auxquelles ces lésions peuvent donner naissance ; 3° le traitement ; 4° la pathogénie et la nature de cette affection.

1° *Conditions dans lesquelles se développe le bouton de Biskra.* — Ainsi que l'ont fait observer la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette maladie, le bouton de Biskra n'est pas spécial à cette oasis, il a été observé fréquemment à Laghouat et dans les oasis voisines de Biskra, à Ouargla, par exemple, et à El-Kantara; quelques auteurs ont même proposé de substituer à la dénomination de *bouton* ou *clou de Biskra*, celle d'*ulcère saharien.* Nous pensons qu'il faut changer le moins possible les noms des maladies et que l'expression bien connue de bouton de Biskra doit être conservée ; c'est, du reste, à Biskra que cette endémie règne avec le plus d'intensité et de persistance. Il est très probable que le bouton d'Alep est de même nature que le bouton de Biskra.

L'influence des saisons sur le bouton endémique est très constante et très remarquable ; c'est seulement aux mois de septembre et d'octobre que la maladie apparaît ; elle règne avec plus ou moins de fréquence suivant les années ; à partir des mois de janvier et de février, on n'observe plus guère de nouveaux cas.

Les chiffres suivants, empruntés à un excellent travail de mon collègue, M. Weber, donneront une idée de la fréquence du bouton : « Le 5 janvier 1875, prenant au hasard 375 hommes du 3e bataillon d'Afrique, j'ai constaté, dit M. Weber, que 115, c'est-à-dire plus de 30 0/0, avaient des clous en quantité plus ou moins grande. » (*Rec. mém. méd. mil.*, 1876, p. 46.)

La plupart des malades atteints de clous n'entrent pas à l'hôpital, ce qui nous a empêché d'établir une statistique.

Le bouton de Biskra s'observe chez l'enfant et chez le vieillard comme chez l'adulte, chez la femme comme chez l'homme, chez les individus vigoureux et bien nourris comme chez ceux qui sont anémiés et cachectiques. Contrairement à l'assertion de plusieurs

auteurs, il nous a même semblé que le bouton s'attaquait plus souvent aux individus bien portants qu'aux malingres. Aucun des malades qui ont succombé dans notre service, à l'hôpital militaire, ne présentait de boutons de Biskra et il y avait là des sujets profondément cachectiques : dysentériques, tuberculeux, etc. Les officiers en résidence à Biskra sont atteints dans la même proportion que les soldats. Il est très intéressant de constater que le bouton de Biskra s'attaque aussi bien aux individus sains qu'à ceux qui sont affaiblis et anémiés ; nous verrons, en effet, en nous occupant de la *pathogénie* et de la *nature* de cette affection, que quelques observateurs ont voulu faire du bouton de Biskra une dermatose analogue, sinon identique, à l'*ecthyma cachecticum* et au *rupia*.

Le bouton endémique s'observe d'ordinaire chez les individus qui sont à Biskra depuis plusieurs mois, mais on peut aussi le rencontrer chez des nouveaux venus qui n'ont pas eu à supporter les fatigues de la saison chaude.

Pendant l'hiver de 1874-1875, 25 hommes du bataillon d'Afrique qui n'avaient pas passé l'été à Biskra furent atteints de clous (Weber). Des officiers et des touristes ont vu souvent des boutons caractéristiques se développer quelques jours après leur arrivée à Biskra. Un officier général, venu en inspection à Biskra, y contracta un clou qui siégeait malheureusement à la face ; cet officier n'avait passé à Biskra que quelques jours.

Les boutons de Biskra se développent de préférence sur la face et sur les extrémités (mains, poignets, avant-bras, jambes, face dorsale des pieds); on les rencontre aussi quelquefois sur le tronc (obs. V) ou sur la verge ; chez deux de nos malades, il existait des ulcérations profondes du gland.

En général, un même malade est porteur de plusieurs clous ; on peut en rencontrer 20, 30, 40 sur le même sujet.

Une première atteinte de boutons de Biskra confère une certaine immunité, mais cette règle comporte de nombreuses exceptions ; les récidives ne sont pas rares.

Pendant la période endémique, c'est-à-dire aux mois de septembre, octobre, novembre et décembre, les moindres plaies ont de la tendance à se transformer en boutons de Biskra ; M. le Dr Seriziat a même pu soutenir que le bouton de Biskra n'était

jamais spontané et qu'il avait toujours pour point de départ quelque écorchure de la peau ; nous avons vu, écrit cet auteur, des clous de Biskra qui ont eu incontestablement pour origine une piqûre de moustique (Seriziat, *Etudes sur l'oasis de Biskra*, 1875, p. 112). Pour notre part, nous avons vu souvent le bouton de Biskra se greffer, pour ainsi dire, sur des pustules d'acné ou d'impétigo, sur des plaies consécutives à des brûlures ou à l'application de vésicatoires, enfin sur des pustules vaccinales. Au mois de novembre 1878, la variole régnait avec intensité dans plusieurs oasis voisines de Biskra ; des revaccinations furent pratiquées sur la garnison, malgré le danger connu de la transformation des pustules vaccinales en boutons de Biskra ; de deux maux, il fallait choisir le moindre. Plusieurs militaires revaccinés avec succès virent en effet leurs pustules vaccinales se transformer en boutons endémiques, comme en témoignent les observations suivantes :

### Observation I.

*Boutons de Biskra consécutifs à la vaccination.*

Simon, soldat au 3e bataillon d'Afrique, est revacciné le 29 novembre 1878 à l'hôpital militaire de Biskra. La revacciuation est faite de bras à bras; l'enfant qui sert de vaccinifère ne porte pas trace d'éruption à la surface du corps. Huit jours après la revaccination, nous constatons qu'il existe trois belles pustules vaccinales. Les jours suivants, ces pustules s'enflamment et se recouvrent de croûtes. Le 7 janvier 1879, nous revoyons le malade et nous constatons qu'il existe trois boutons de Biskra bien caractérisés à l'endroit même où siégeaient les pustules vaccinales. En dehors des pustules, on trouve sur le bras un quatrième bouton. Antérieurement le malade n'avait jamais eu d'éruption de ce genre.

Examen histologique des croûtes : cellules épidermiques, globules de pus, bactéries en très grand nombre.

### Observation II.

*Boutons de Biskra consécutifs à la vaccination.*

Prieur, soldat au 3e bataillon d'Afrique, est revacciné le 29 novembre 1878 à l'hôpital militaire de Biskra ; la revaccination est faite de bras à bras ; l'enfant qui sert de vaccinifère ne porte pas trace d'éruption à la surface du corps. Huit jours après la revaccination, nous voyons le malade pour constater le résultat de l'opération et nous inscrivons sur le registre des vaccinations : *succès incertain*. Le 7 janvier 1879, nous avons l'occasion d'examiner de nouveau le malade, il existe au niveau d'une des piqûres vaccinales un clou de Biskra très bien caractérisé. Prieur n'avait eu antérieurement aucune éruption de ce genre.

Un fragment de la croûte qui s'est formée au centre de l'ulcère est détaché, dissocié dans l'eau distillée, puis examiné au microscope. Nous constatons seulement la présence des éléments suivants : cellules épidermiques, globules de pus en petit nombre, bactéries.

### Observation III.

*Boutons de Biskra consécutifs à la vaccination.*

Lapalu, sergent au 3e bataillon d'Afrique, est revacciné le 29 novembre 1878 à l'hôpital militaire de Biskra. Trois piqûres sont faites au bras gauche au lieu d'élection ; la revaccination est faite de bras à bras ; le vaccinifère est un enfant bien constitué, ne présentant pas trace d'éruption à la surface du corps.

Huit jours après, nous revoyons Lapalu, la revaccination a réussi, il existe trois boutons de vaccine ; l'un de ces boutons est un peu enflammé et les ganglions axillaires du côté gauche sont douloureux et légèrement tuméfiés.

Quinze jours environ après la vaccination, le malade remarque qu'il existe deux pustules à la face antérieure de l'avant-bras gauche et une troisième pustule au cou-de-pied du côté gauche. Le 4 janvier, les pustules vaccinales sont cicatrisées ainsi que la pustule qui s'est développée sur le cou-de-pied, mais les deux pustules de la face antérieure de l'avant-bras gauche suppurent encore, elles sont recouvertes de croûtes jaunâtres et présentent l'aspect des boutons endémiques.

Le malade avait eu précédemment des boutons de Biskra à la face, et il en conservait encore les cicatrices.

La transformation *in situ* des pustules de vaccine en boutons de Biskra est évidente dans les deux premières observations ; dans la troisième, la relation existant entre la revaccination et le développement des boutons de Biskra est moins nette, puisque les boutons se sont développés loin des pustules vaccinales. On peut soutenir qu'il y a eu simple coïncidence ; nous pensons cependant que la relation entre les deux éruptions existait dans ce cas comme dans les précédents ; il est probable que le malade a gratté les piqûres vaccinales et qu'avec ses ongles, il a transporté le virus vaccin sur d'autres points du corps, ainsi que cela se voit assez souvent chez les enfants ; ce sont les pustules ainsi produites qui se sont transformées en boutons de Biskra.

La conclusion pratique à tirer de ces faits est qu'à Biskra on fera bien d'attendre la fin de la période endémo-épidémique, c'est-à-dire les mois de janvier et février, pour faire les vaccinations ; toutefois, quand la variole sera menaçante, on ne se laissera pas arrêter par la crainte de voir quelques pustules vaccinales se transformer en boutons de Biskra.

A la suite des revaccinations générales que nous avons prati-

quées en 1878-1879, la garnison de Biskra a été complètement épargnée par la variole ; en présence de ce résultat, il n'y a pas à tenir compte des quelques faits de boutons de Biskra qui se sont produits à la suite des revaccinations.

2° *Description du bouton de Biskra. Anatomie pathologique. Complications.* — Ainsi que nous venons de le voir, le bouton de Biskra peut se greffer sur une lésion quelconque de la peau : écorchure, piqûre d'insecte, vésicule, pustule, papule, etc... Par suite, il n'existe pas de lésion élémentaire unique, constante, caractérisant cette affection cutanée, et on comprend les divergences qui existent à ce sujet entre les observateurs. Bien que le mode de début soit assez irrégulier, il existe cependant des formes typiques qui peuvent servir de base à une description générale. Nous étudierons successivement les boutons à la période initiale, à la période d'état et à la période de cicatrisation.

*a) Boutons de Biskra simples ou agglomérés à la période initiale.* On trouve sur la peau de l'avant-bras, par exemple, une petite élevure rosée de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet, assez analogue à un petit bouton d'acné au début; cette petite élevure, tout à fait indolore, passe le plus souvent inaperçue; il faut la rechercher avec soin quand on veut l'observer; la fréquence du clou et l'éruption successive qui se fait d'ordinaire chez un même malade facilitent du reste cette recherche. La partie centrale de cette petite élevure ne tarde pas à se dessécher; elle forme une croûte brunâtre, sèche, entourée d'un liséré blanchâtre, épidermique; à l'aide d'une pince, on enlève facilement la croûte avec sa collerette épidermique, et on constate alors qu'il existe au-dessous une petite ulcération arrondie; la face profonde de la croûte est humide, d'un blanc grisâtre, recouverte de pus concret. A moins d'irritation accidentelle, il n'existe pas d'inflammation de la peau autour du bouton, pas d'induration du derme.

Le plus souvent le bouton ne se présente pas à l'état isolé, mais à l'état aggloméré, sous forme de plaques arrondies ou ovalaires; chaque plaque se compose en moyenne de 6 à 10 élevures semblables à celle que nous venons de décrire; la peau qui sépare les boutons les uns des autres a une teinte rosée ou terreuse; elle n'a jamais la teinte cuivrée ou maigre de jambon des syphilides. Ces plaques sont absolument caractéristiques du bou-

ton de Biskra ; il n'est pas possible, croyons-nous, de les confondre avec une autre affection de la peau ; en voyant un individu porteur de cette éruption, nous n'hésiterions pas, sans même l'interroger, à reconnaître le bouton endémique ; plus tard les caractères du bouton deviennent moins nets, et le diagnostic peut présenter de sérieuses difficultés. Lorsqu'on applique des émollients (cataplasmes) sur cette éruption, les croûtes se détachent, et on a alors une plaque avec des ulcérations arrondies bien distinctes les unes des autres, séparées par des intervalles de peau saine ; ces plaques d'ulcérations par points séparés sont encore très caractéristiques.

Au centre de la plaque constituée par l'agglomération des boutons de Biskra, on trouve assez souvent une croûte principale, plus volumineuse et plus étendue que celles des éléments périphériques qui paraissent être des satellites de la lésion centrale.

Les boutons agglomérés ne sont pas plus douloureux que le bouton simple, c'est à peine s'ils sont le siège d'une légère démangeaison.

*b) Période d'état.* Les petites ulcérations se confondent en général ainsi que les croûtes qui les recouvrent. Les croûtes sont épaisses, très sèches et très adhérentes, grisâtres. Lorsque ces croûtes sont respectées, elles peuvent acquérir un centimètre et plus en épaisseur ; quand elles siègent sur le front, elles ont une certaine ressemblance avec des excroissances cornées, et elles impriment à la physionomie des malheureux malades un aspect caractéristique. Ces croûtes sont très persistantes ; elles restent d'ordinaire en place pendant plusieurs mois. A la suite des traumatismes auxquels ces croûtes sont très exposées, surtout quand elles forment une forte saillie à la surface de la peau, il peut se produire de petites hémorragies au niveau de la base d'implantation, la croûte prend alors une coloration brunâtre.

Lorsque sous l'influence des traumatismes ou bien du traitement ces croûtes se détachent, on constate au-dessous une ulcération dont le fond est recouvert de pus assez concret en petite quantité. Tantôt l'ulcération est unique, tantôt on distingue encore des traces de la disposition primitive ; les intervalles de peau saine qui séparent les ulcérations élémentaires se présentent à l'état de ponts au niveau desquels la peau décollée laisse facilement passer un stylet. Les bords des ulcérations sont arrondis ou irréguliers,

taillés le plus souvent en biseau. La croûte détachée est remarquable par sa sécheresse et sa légèreté; elle surnage souvent dans l'eau, et, pour la dissocier, il faut la laisser macérer pendant un quart d'heure dans ce liquide.

Si après la chute de la croûte l'ulcération est abandonnée à elle-même sans pansement, il se forme à sa surface une nouvelle croûte moins sèche, moins solide que la première ; les croûtes ont quelquefois l'aspect feuilleté et la teinte verdâtre des croûtes des syphilides ulcéreuses. Si au contraire l'ulcération est pansée régulièrement, la croûte ne peut plus se reformer, et on se trouve en présence d'une ulcération fort tenace, peu différente du reste des ulcérations produites par d'autres causes; c'est ainsi que les ulcérations consécutives aux boutons des membres inférieurs ont une grande analogie avec des ulcères variqueux. Ces ulcérations fournissent un pus jaunâtre, bien lié ou sanieux, en petite quantité le plus souvent; elles peuvent acquérir des dimensions assez considérables; nous en avons vu qui avaient 8 à 10 centimètres de diamètre.

A moins de traumatismes et de complications, l'ulcère de Biskra à la période d'état est aussi indolore qu'à la période initiale : les bords sont à peine injectés, les lymphatiques qui desservent la région où siègent les boutons ne s'enflamment pas.

La durée de la période d'état peut être évaluée à quatre ou cinq mois. Il est rare que les ulcérations se cicatrisent plus rapidement ou qu'elles persistent au delà de ce terme; presque tous les malades qui ont contracté le bouton de Biskra pendant les mois de septembre à décembre sont guéris aux mois de mars et avril.

Comme variété du bouton de Biskra, citons l'ulcération qui se produit quelquefois sur la muqueuse des parties génitales et qui a une grande analogie avec le chancre mou. L'observation V est un exemple de cette forme assez rare.

*c) Période de cicatrisation.* Lorsque les croûtes ont été respectées, elles finissent par tomber spontanément en mettant à nu une surface rougeâtre, recouverte d'un tissu mince de cicatrice qui ne tarde pas à s'épaissir, ou bien des bourgeons rosés, volumineux qui se transforment rapidement en un tissu cicatriciel. Ces cicatrices ne sont pas déprimées; au bout d'un certain temps, la teinte rosée se change en une teinte terreuse et

en dernier lieu les cicatrices deviennent blanches et s'effacent plus ou moins complètement. Dans les cas où les croûtes ont été détachées avant la cicatrisation, lorsque l'ulcération a suppuré pendant plus ou moins longtemps, la cicatrice se forme plus difficilement et elle laisse des traces indélébiles ; la cicatrisation commence par les bords de l'ulcère qui s'affaissent ; le tissu de cicatriee a d'abord une teinte d'un rouge vineux, puis une teinte terreuse et en dernier lieu, il prend l'aspect d'une membrane blanchâtre, gaufrée. Dans les cas où les ulcérations sont très étendues, la cicatrisation de la partie centrale est difficile comme dans les larges ulcères variqueux qui sont entourés d'un tissu de cicatrice. Lorsque les ulcérations siégeaient à la face, les cicatrices blanches, déprimées, indélébiles qui en sont la suite, sont très disgracieuses ; des déformations plus considérables encore peuvent avoir lieu par suite de la destruction partielle du nez ou des paupières et de la rétraction cicatricielle consécutive, mais ce sont là heureusement des accidents rares.

Les observations suivantes compléteront la description que nous venons de faire du bouton de Biskra.

### Observation IV.

X..., caporal au 3e bataillon d'Afrique, se présente à notre visite, au mois denovembre 1878 à l'hôpital militaire de Biskra. Depuis quelques jours, X... s'est aperçu qu'il existait à la face antérieure des avant-bras une éruption qui, du reste, ne le gêne en rien. Cette éruption tout à fait caractéristique des boutons de Biskra au début, se compose d'éléments groupés sous forme de plaques arrondies ou ovalaires. Chaque plaque présente une série de petites élevures formées par des croûtes dures, acuminées au centre, avec un petit liséré épidermique à la périphérie. Lorsqu'à l'aide d'une pince, on détache une de ces croûtes, ce qui se fait assez facilement, on constate qu'il existe au-dessous une petite ulcération arrondie, à bords taillés à pic; la face profonde de la petite croûte est recouverte de pus. Dans l'intervalle des croûtes et des ulcérations, la peau a une coloration brunâtre ou rosée. Autour des plaques principales, on trouve quelques éléments isolés qui ont de l'analogie avec certaines pustules d'acné.

X... est un homme vigoureux, bien constitué, nullement cachectique. Pas de syphilis antérieure, pas de trace d'éruption sur le reste du corps.

Une des croûtes est détachée, dissociée dans l'eau distillée et examinée ensuite au microscope; nous constatons l'existence des éléments suivants : cellules épidermiques, globules de pus, bactéries. Il n'y a ni spores, ni bactéries qui s'écartent des types ordinaires.

## Observation V.

X..., soldat au 3e bataillon d'Afrique, entre à l'hôpital militaire de Biskra, au mois de novembre 1878, pour des boutons de Biskra qui existent à la face antérieure des cuisses, sur les parties latérales du tronc et dans le sillon balano-préputial.

Le malade est vigoureux, nullement cachectique. Pas de maladies antérieures.

Les lésions de la peau dont X.... est porteur ont un aspect caractéristique qui ne rappelle ni celui de l'ecthyma, ni celui des furoncles; ces lésions consistent en des plaques ovalaires de 4 à 5 centimètres de long sur 2 centimètres de large environ, à la surface desquelles on remarque une série de petites ulcérations arrondies, séparées par des intervalles de peau saine. Sur la cuisse gauche, l'une des ulcérations est recouverte par une croûte épaisse, stratifiée, d'un gris verdâtre, analogue aux croûtes des syphilides ulcéreuses. Le gland et le sillon balano-préputial sont le siège d'une ulcération profonde qui occupe le tiers environ de la circonférence du gland. Pas d'induration, pas de pléiade ganglionnaire dans les régions inguinales.

Le malade n'a jamais eu de chancres.

Nous essayons sans grand succès plusieurs de moyens de pansement pour ces ulcérations, celui qui nous paraît donner les meilleurs résultats est le pansement à l'aide des bandelettes d'emplâtre de Vigo. Les ulcérations ne se ferment que très lentement. Le malade quitte l'hôpital au bout de deux mois, il existe encore des croûtes à la surface des ulcérations du tronc et des cuisses; l'ulcération de la verge est presque complètement cicatrisée. Il ne s'est pas développé de nouveaux ulcères, et le malade n'a présenté aucun accident secondaire pouvant faire croire que l'ulcération de la verge était syphilitique.

## Observation VI.

Marie L..., âgée de six ans, entre à l'hôpital militaire de Biskra au mois de novembre 1878, avec sa mère qui a les fièvres et de l'ictère. La mère et la fille ont des boutons de Biskra bien caractérisés. Marie L... présente sur la face et sur les avant-bras une dizaine d'ulcères recouverts de croûtes sèches, grisâtres, très adhérentes. Autour de chaque ulcération principale, on trouve une série de petites ulcérations recouvertes de croûtes brunâtres avec un petit liséré épidermique; les éléments sont ainsi groupés sous forme de plaques arrondies ou allongées.

Les ulcérations sont tout à fait indolores, il n'y a pas de rougeur autour des croûtes.

Aucun pansement n'est fait, de temps en temps, une croûte tombe et laisse à nu une surface lisse, cicatrisée, rougeâtre qui se décolore peu à peu. Pendant longtemps les cicatrices quoique superficielles sont reconnaissables à une teinte brunâtre.

A plusieurs reprises, nous avons enlevé des croûtes chez cette petite malade et nous avons procédé à leur examen histologique avec le plus grand soin; nous avons toujours constaté que les croûtes se composaient presque entièrement de cellules épidermiques; il y avait en outre des globules de pus

à la face profonde et des bactéries en grand nombre. Une seule fois, nous avons trouvé quelques spores sans mycélium; il n'est pas étonnant que des spores s'arrêtent dans les croûtes des boutons de Biskra, surtout lorsque les boutons sont situés à la face et toujours à découvert, le petit nombre des spores trouvées et l'inconstance du résultat enlèvent, du reste, toute importance à cette observation.

La mère de Marie L.... a été atteinte de boutons de Biskra après sa fille, Chez elle, les boutons siégeaient aux avant-bras; il est bien probable qu'il y a eu contagion comme dans l'observation IX.

*Complications.* — Les principales complications du bouton de Biskra sont la lymphangite, l'érysipèle (qui n'est en somme qu'une lymphangite du réseau cutané superficiel) et la phlébite. M. Alix a observé un cas d'érysipèle phlegmoneux très grave, consécutif à des clous de Biskra (*Rec. mém. méd. milit.*, 1870) et M. Weber (*op. cit.*) cite un cas de mort à la suite d'un érysipèle phlegmoneux et gangréneux; il existait dans ce cas une phlébite suppurée.

Les deux observations suivantes sont des exemples de phlébite et de lymphite consécutives aux boutons de Biskra.

### Observation VII.

*Boutons de Biskra. Lymphite et phlébite consécutives. Guérison.*

Wildentholer, soldat au 1er régiment d'artillerie, âgé de 24 ans, entre à l'hôpital militaire de Biskra le 29 janvier 1879 (salle n° 5 lit n° 4). W... est en Algérie depuis deux ans, à Biskra depuis dix mois. Pas de maladie antérieure grave.

Il y a quatre mois, le malade a été atteint d'une ulcération qui siégeait au tiers inférieur et à la partie postérieure de la jambe gauche; cette ulcération. aujourd'hui en voie de cicatrisation présente l'aspect caractéristique des boutons de Biskra; large croûte grisâtre, sèche, feuilletée, au centre, et tout autour de cette croûte une série d'éléments qui ressemblent assez à des pustules d'acné. Un mois après l'apparition de ce premier ulcère, il en est survenu un deuxième à la partie inférieure et externe de la jambe droite, ce dernier ulcère présente comme le premier un aspect caractéristique : croûte épaisse centrale avec une série de petites ulcérations satellites recouvertes de croûtes sèches et adhérentes.

Ces ulcérations n'ont pas empêché le malade de faire son service jusque dans ces derniers jours. Le 24 janvier, à la suite d'une marche prolongée, W.... a éprouvé des douleurs dans la jambe gauche au-dessus de l'ulcère, et en même temps, il s'est produit du gonflement; la marche est devenue impossible.

*Etat actuel* (29 janvier) : Il existe une rougeur vive tout autour de l'ulcère de la jambe gauche et une tuméfaction très marquée qui remonte jusqu'à moitié de la jambe; la pression est très douloureuse sur toutes les parties

tuméfiées et le malade ne peut pas s'appuyer sur la jambe gauche. De la plaque érythémateuse qui entoure l'ulcère partent des traînées rosées analogues à celles de la lymphite; on peut suivre ces traînées roses jusqu'au pli de l'aine, elles sont douloureuses à la pression; au pli de l'aine, on sent les ganglions lymphatiques tuméfiés et douloureux. Pas de fièvre.

*Prescriptions :* Cataplasmes sur l'ulcère enflammé. Un grand bain.

2 *février.* Amélioration notable. La rougeur inflammatoire et le gonflement de la jambe gauche ont disparu presque complètement ainsi que les traînées de lymphite qui ne se révèlent plus que par une teinte ardoisée. Il existe le long des veines superficielles, non seulement à la jambe gauche, mais aussi à la jambe droite une série de cordons durs, caractéristiques des thromboses veineuses. Ces cordons existent notamment sur le trajet des veines saphènes internes des deux côtés, les thrombus remontent jusqu'à la partie supérieure des veines saphènes. Pas d'œdème des membres inférieurs, ce qui annonce que les veines profondes sont restées perméables. Etat général très satisfaisant; pas de fièvre.

Le malade mange trois portions; nous prescrivons le repos au lit et l'eau de Vichy.

6 *février.* Les cordons formés par les veines thrombosées, ont diminué de volume, ils ne sont pas douloureux à la pression.

Les ganglions inguinaux du côté gauche sont encore tuméfiés.

Etat général très satisfaisant. Pas de fièvre.

Les cordons formés par les veines superficielles thrombosées, diminuent progressivement de volume. Le malade sort, sur sa demande, le 16 février, on sent encore sur certains points du trajet des veines de petites nodosités qui, du reste, sont tout à fait indolores.

En résumé, il existait chez ce malade deux boutons de Biskra aux membres inférieurs; à la suite d'une fatigue, l'un de ces boutons s'est enflammé et a donné lieu à une plaque érythémateuse, à du gonflement puis à de la lymphite, enfin à des thromboses dans les veines superficielles. Ces thromboses ont disparu par résolution; dans l'observation suivante les phlébites, consécutives également à des boutons de Biskra, ont pris une gravité bien plus grande et se sont terminées par suppuration.

En dehors de ces cas, nous avons eu plusieurs fois à constater à Biskra la facilité avec laquelle se développent les phlébites.

### Observation VIII.

*Boutons de Biskra. Phlébite suppurée consécutive. Guérison.*

Le nommé Feuilleret, soldat au 3e bataillon d'Afrique, entre à l'hôpital militaire de Biskra le 8 décembre 1878 pour dysenterie. La dysenterie est légère, elle cède facilement à quelques doses de calomel, et dès le 14 décembre, elle est en bonne voie de guérison.

A l'entrée du malade à l'hôpital, nous constatons qu'il existe à la face interne de la jambe gauche deux petites ulcérations qui ont à peu près la

grandeur de lentilles. Autour de ces petites ulcérations on sent quelques cordons durs seusibles à la pression, qui ne peuvent être que des veines euflammées et thrombosées. Eu dehors de ces ulcérations, on trouve sur les deux membres inférieurs 5 pustules non ombiliquées; ces pustules font absolument défaut sur le reste du corps.

21 *décembre*. La thrombose des veines superficielles de la jambe gauche s'est éteudue le long de la saphèue interne jusqu'au niveau de l'anneau crural. Douleur à la pression sur le trajet des veines thrombosées. Œdème léger de la jambe gauche.

A la jambe droite, il s'est produit une thrombose des veines superficielles analogue à celle qui existait à gauche, la saphène interne est indurée et douloureuse à la pression dans toute sa hauteur.

Les ganglions inguinaux sont légèrement tuméfiés et sensibles des deux côtés.

Les petites uleérations de la jambe gauehe se sont un peu élargies, la plus grande a l'étendue d'uue pièce de 20 centimes.

Etat général satisfaisant. Pas de fièvre; la dysenterie a complètement disparu.

Le malade mange une portion. Eau de Vichy continuée.

29 *décembre*. Léger œdème des membres inférieurs; la pression est douloureuse à la face interne du tibia gauche. Ou sent toujours les cordons formés par les veines superficielles thrombosées.

Les deux ulcérations, situées à la face interne de la jambe gauche, ne se sont pas agrandies; les autres pustules se sont ulcérées également.

Etat général très satisfaisant. Le malade mange trois portions. Pausement des uleérations avec le vin aromatique.

3 *janvier* 1879. Œdème un peu plus marqué à la partie inférieure de la jambe gauche. Les deux ulcérations, situées à la face interne de la jambe gauche, se sont un peu agrandies, elles ont maintenant les dimensions de pièces de 50 centimes. Les ulcérations qui se sont formées au niveau des pustules, au nombre de cinq, sont très petites, de la dimension de lentilles environ, il existe une croûte brunâtre au centre de chaeune d'elles avec une aréole inflammatoire. On sent toujours des cordous durs et douloureux à la pression le long des veines, particulièrement sur le trajet des saphènes internes. Douleur au niveau des bourses depuis quelques jours. Les ganglions inguinaux ont diminué de volume et sont moins douloureux.

Etat général très satisfaisant, le malade mange trois portions. Repos au lit.

22 *janvier*. Douleurs assez vives à la partie inférieure de la jambe gauche, œdème, douleur à la pression. On sent toujours un cordon veineux thrombosé à la partie interne et inférieure de la jambe gauche; à la partie supérieure du membre inférieur gauche, la thrombose veineuse paraît avoir diminué. Toutes les ulcérations persistent, les deux ulcérations de la partie inférieure et interne de la jambe gauche se sont encore élargies. Le 20 janvier, ces ulcérations ont été touchées avec le perchlorure de fer étendu d'eau (parties égales); il s'est formé à la surface de petites eschares; pansement à l'alcool. Les autres ulcérations sout pansées avec des bandelettes d'emplâtre de Vigo.

25 *janvier*. Les ulcérations touchées avec le perehlorure de fer et pansées avec l'alcool, ont meilleur aspeet, les bords sont affaissés, le fond se recouvre de bourgeons roses de bonne nature.

28 *janvier*. Le malade nous fait remarquer qu'en pressant sur la face in-

terne de la jambe gauche (au niveau de la saphène interne), on voit sourdre du pus crémeux au centre de l'ulcération supérieure. Il paraît évident que le pus provient de la veine enflammée, soit qu'il se forme dans l'intérieur même du vaisseau, soit qu'il prenne naissance à la périphérie. Le trajet de la saphène interne du côté gauche est indiqué sur la peau par une teinte ardoisée, et on suit encore facilement jusqu'à la partie supérieure de la cuisse le cordon formé par la veine thrombosée et enflammée. Ce cordon présente de distance en distance des nodosités ; la pression est douloureuse surtout à la partie inférieure de la jambe. En explorant ainsi la saphène interne du côté gauche, nous constatons qu'il existe sur le trajet de cette veine, à 10 centimètres au-dessus de l'ulcération supérieure, un petit foyer fluctuant, très douloureux à la pression. Un coup de lancette à ce niveau donne issue à quelques gouttes d'un pus crémeux, bien lié, et à quelques gouttes de sang. L'état général reste très satisfaisant, pas de fièvre. L'aspect des ulcérations est bon.

Cataplasmes à la face interne de la jambe gauche.

30 *janvier*. Cautérisation ponctuée sur le trajet de la saphène interne du côté gauche.

31 *janvier*. Les ulcérations de la partie inférieure et interne de la jambe gauche paraissent être en bonne voie de cicatrisation. En pressant de haut en bas sur le trajet de la veine saphène interne, on fait encore sortir du pus au centre de l'ulcération supérieure, ce pus est seulement séreux au lieu d'être crémeux comme au début. La piqûre faite sur le trajet de la saphène interne ne donne que très peu. Plus haut on sent toujours le cordon veineux ; douleurs beaucoup moins vives qu'au début. Etat général très satisfaisant, pas de fièvre.

4 *février*. Toutes les ulcérations ont un bon aspect ; on sent toujours les cordons indurés sur le trajet des veines, surtout à gauche. A droite, le cordon de la saphène interne a diminué notablement de volume. La piqûre faite sur le trajet de la saphène gauche n'est pas encore fermée, elle donne de temps en temps quelques gouttes de pus mélangé de sang.

6 *février*. On sent toujours sur le trajet de la saphène interne du côté gauche un cordon dur et de distance en distance des nodosités ; l'une de ces nodosités, située à la partie supérieure de la jambe gauche est ramollie et fluctuante. Pas de douleurs vives, pas de rougeur à la peau. Ce nouveau foyer purulent paraît pouvoir se vider par la piqûre qui a été faite au-dessous.

13 *février*. La cicatrisation des ulcérations continue. La piqûre faite sur le trajet de la saphène interne gauche donne du pus en assez grande quantité quand on presse de haut en bas sur le trajet de la veine.

15 *février*. Nouvelle application de pointes de feu à la jambe gauche.

16 *février*. Au-dessus de la première piqûre et toujours sur le trajet de la saphène interne gauche il existe un petit foyer purulent qui se vide difficilement par la première ouverture ; un coup de lancette à ce niveau donne issue à du pus jaunâtre, bien lié, mélangé d'un peu de sang (cataplasmes).

17 *février*. Douleurs vives dans la jambe gauche qui est œdématiée surtout à la face interne ; le malade accuse également des douleurs dans les grandes articulations des membres supérieurs. Le petit abcès se vide bien par l'ouverture faite hier. Les ulcérations continuent à marcher vers la cicatrisation.

20 *février*. Douleurs moins vives.

27 *février*. Amélioration notable. Les ulcères sont presque entièrement cicatrisés, l'œdème de la jambe gauche a disparu ainsi que la douleur. Les piqûres faites sur le trajet de la saphène interne gauche ne fournissent plus de pus. On trouve encore sur le trajet supérieur de la saphène interne gauche un petit cordon dur qui roule sous le doigt, sans douleur.

Etat général très satisfaisant le malade est cependant amaigri et fatigué d'être toujours au lit.

6 *mars*. Tous les ulcères sont cicatrisés. On sent encore quelques nodosités sur le trajet de la saphène interne du côté gauche. Le malade se lève, il accuse une grande faiblesse des membres inférieurs.

15 *mars*. Etat très satisfaisant, les forces reviennent. Le 21 mars, le malade quitte l'hôpital, il est envoyé en convalescence.

Il nous paraît évident que ce malade a été atteint de boutons de Biskra, bien que nous ayons rarement rencontré au début de la maladie des pustules aussi caractérisées. Les pustules ressemblaient beaucoup plus à celles de la variole ou de la vaccine qu'aux pustules de l'ecthyma. Les ulcérations de la jambe gauche se sont compliquées rapidement et sous nos yeux, pour ainsi dire, (sans que l'on puisse invoquer des fatigues comme causes adjuvantes), d'une lymphite et d'une phlébite des veines superficielles. La phlébite s'est-elle développée indépendamment aux deux membres inférieurs, ou bien a-t-elle passé du membre gauche au membre droit en suivant les veines du scrotum? Il est certain qu'à un moment, le malade a accusé des douleurs vives dans cette région. La phlébite, au lieu de se terminer par résolution comme dans le cas précédent, a suppuré, au moins sur un point, à la partie inférieure de la saphène gauche; en pressant sur le trajet de la veine, on faisait sourdre le pus au centre de l'un des ulcères; bientôt deux petits foyers purulents se formèrent sur le trajet de la veine et il fallut les ouvrir à l'aide de la lancette. Nous croyons que le pus venait de l'intérieur même de la veine et non de la périphérie, en d'autres termes qu'il y avait véritablement une phlébite suppurée et non une périphlébite. Le cordon induré et les nodosités placées sur le trajet de la veine étaient dus bien évidemment à une thrombose veineuse, or les petits abcès se formaient à la suite du ramollissement des nodosités.

S'il n'y a pas eu d'accidents généraux, cela tient à ce que, grâce aux thrombus situés plus haut, la partie inférieure de la

saphène était bien isolée et ne communiquait pas avec le système veineux général. La veine fémorale est restée perméable pendant tout le cours de la maladie, ainsi que le montre le peu d'intensité de l'œdème.

L'examen histologique des croûtes formées à la surface des ulcérations a été fait à plusieurs reprises ; il n'a révélé que l'existence des éléments suivants : globules de pus, cellules épithéliales, bactéries en grand nombre.

*Anatomie pathologique. Examen histologique.* — L'examen histologique des croûtes des boutons de Biskra ne révèle aucun caractère spécial à cette affection ; nous avons très souvent pratiqué cet examen soit sur des croûtes provenant de boutons à l'état naissant, soit sur des croûtes de boutons à la période d'état, soit sur du pus provenant des ulcérations. Dans tous les cas, nous avons constaté la présence des éléments suivants : 1° cellules épidermiques ; 2° globules de pus ; 3° bactéries.

Les cellules épidermiques prédominent dans les croûtes anciennes, desséchées ; le pus, au contraire, est plus abondant lorsque les croûtes sont ramollies et que les ulcérations sont à nu sur quelques points ; c'est aussi dans ce dernier cas que l'on trouve des bactéries en plus grand nombre. Les bactéries appartiennent aux genres connus : bacterium punctum, bacterium bacillus, bacterium catenula ; nous n'avons pu découvrir ni bactérie ayant des caractères spéciaux, ni spores analogues à celles décrites par M. Vandyke Carter ; nous reviendrons sur ce sujet, à propos de la pathogénie et de la nature du bouton de Biskra.

Dans un seul cas (observation VI), les croûtes, provenant d'un bouton de Biskra, renfermaient des spores en petit nombre ; ces spores n'avaient, du reste, rien de caractéristique, et il n'existait pas de mycélium ; un nouvel examen, fait sur la même malade, à quelques jours d'intervalle, ne nous permit pas de retrouver ces spores. Dans tous les autres cas, l'examen, fait à ce point de vue a été absolument négatif. Il n'est pas étonnant que les spores qui existent en grand nombre dans l'atmosphère viennent quelquefois s'incorporer dans les croûtes des boutons de Biskra.

L'examen des coupes de la peau au niveau des boutons de Biskra ne montre pas davantage de lésion anatomique spéciale à cette affection. Les altérations sont analogues à celles qu'on ob-

serve dans les pustules de la variole ou de la morve. (Kelseh, Weber, op. eit.) Le corps muqueux s'épaissit, les eellules qui le constituent prolifèrent ; il se forme des vaeuoles qui se remplissent de sérosité et de leueoeytes ; enfin le derme s'infiltre de globules de pus, au milieu desquels les éléments normaux sont eomme noyés. Les poils arraehés du niveau des boutons naissants ne présentent aucune altération.

3° *Traitement.*— Un grand nombre de médieations loeales ont été essayées dans le traitement du bouton de Biskra ; on s'est adressé tour à tour aux émollients, aux astringents, aux eaustiques, aux antiseptiques, aux parasitieides ; tous les auteurs conviennent qu'aueun des moyens employés jusqu'à ee jour ne réussit à entraver l'évolution du bouton de Biskra, ni même à en abréger la durée. Pour notre part, nous avons employé sans suecès les moyens de pansement qui suivent : aleool pur ou dilué, acide phénique (solution à 1/500 ou à 1/200), teinture d'iode, pansement par oeelusion à l'aide de la ouate, d'après la méthode de A. Guérin, cautérisation avee le perehlorure de fer dilué, pansement avec les bandelettes d'emplâtre de Vigo. C'est eneore ee dernier mode de pansement qui nous a paru donner les résultats les plus satisfaisants. Le meilleur moyen de traitement eonsiste certainement à ne rien faire et à respeeter les eroûtes qui se forment. Les Arabes le savent bien, et le moyen de pansement qu'ils emploient est préférable à tous eeux que nous avons imaginés jusqu'ici : lorsque l'uleère est à nu, ils le eouvrent avee de la poudre de henné qui favorise la formation d'une eroûte protectrice ; quand la croûte existe, ils placent tout autour une sorte de bourrelet qui protège la eroûte contre les traumatismes. Les boutons de Biskra qui sont abandonnés à eux-mêmes laissent des cieatrices beaueoup moins étendues et moins visibles que les boutons qui sont traités par les méthodes les plus rationnelles en apparenee.

Lorsque les boutons sont reeouverts de croûtes, il faut done respecter ees eroûtes, et recommander aux malades de ne pas chercher à les détaeher ; il faut que les eroûtes tombent spontanément. Lorsque à la suite de traumatismes les eroûtes ont été arrachées, on peut provoquer la formation de croûtes nouvelles en eouvrant l'uleère d'une poudre sèehe et astringente (tannin, henné), ou bien faire le pansement à l'aide de bandelettes d'em-

plâtre de Vigo suivant la méthode classique. Lorsqu'il existera une inflammation accidentelle, on la combattra à l'aide du repos et des émollients; on n'oubliera pas que ces ulcérations ont une grande tendance à se compliquer d'érysipèle, de lymphangite et de phlébite.

Aucun traitement interne n'est nécessaire; le traitement mercuriel ne donne aucun résultat; il ne modifie en rien l'aspect des ulcérations consécutives au bouton de Biskra. Chez les individus faibles, anémiés, on prescrira les toniques, le vin de quinquina. Le changement de climat prévient l'apparition de nouveaux boutons, mais il n'abrège guère la durée de ceux qui existent.

4° *Pathogénie, nature du bouton de Biskra.* — Il nous paraît hors de doute que le bouton de Biskra constitue une affection spécifique en dehors du cadre classique des dermatoses; la description que nous avons donnée plus haut des lésions cutanées qui le caractérisent montre bien qu'il ne s'agit ni d'un ecthyma, ni d'un rupia, ni de furoncles; il est également impossible de soutenir que le bouton de Biskra est une variété de syphilis analogue aux endémies syphilitiques qui ont été décrites sous les noms de Sibbens (Écosse), Radezyge (Norwège), Bouton d'Amboine, Falcaldine, Scherliévo, etc., et considérées pendant longtemps comme des espèces morbides ayant une existence indépendante.

L'absence d'antécédents syphilitiques chez la plupart des malades ne permet pas un seul instant d'admettre la nature syphilitique des boutons de Biskra ; nous verrons du reste plus loin que lorsqu'on inocule les croûtes du bouton de Biskra on reproduit le bouton lui-même et non un chancre induré, ainsi que cela devrait être s'il s'agissait d'ulcérations syphilitiques. On trouve le plus souvent dans l'aspect des lésions cutanées elles-mêmes les éléments d'un diagnostic différentiel : les plaques de boutons agglomérés et les ulcérations par points séparés qui leur succèdent diffèrent notablement des syphilides tuberculeuses en groupes; la lésion élémentaire est une pustule et non un tubercule; elles siègent très rarement dans le dos, qui est un des sièges d'élection de ces syphilides, la teinte cuivrée ou maigre de jambon fait défaut, enfin le traitement mercuriel est sans action sur ces ulcérations. L'influence si marquée des saisons permettrait à elle seule d'écarter l'idée de syphilis. Nous devons dire à ce sujet que nous avons

été frappé de la rareté de la syphilis à Biskra, la blennorrhagie et le chancre mou s'observent souvent, mais le chancre induré ne se voit qu'à de rares intervalles. Nous croyons qu'on a notablement exagéré la fréquence de la syphilis chez les Arabes; ce qui est vrai, c'est que la maladie abandonnée à elle-même prend souvent chez eux des formes beaucoup plus graves que chez nous.

Le bouton de Biskra constituant une endémie bien caractérisée, il y a lieu de rechercher quels sont les agents sous l'influence desquels il se développe et quelle est sa nature. Nous devons tout d'abord passer en revue les théories qui ont été émises à ce sujet.

La plus ancienne opinion est celle qui attribue à l'eau potable le principal rôle dans la pathogénie du bouton de Biskra. Il est vrai que l'eau de l'Oued-Kantara est très riche en sels calcaires. L'analyse de cette eau donne $2^{gr},34$ de résidu solide sur 1,000 grammes (carbonates de chaux et de magnésie, sulfates de chaux et de magnésie, chlorures de magnésium et de sodium, silicate de soude). Mais aujourd'hui cette eau n'est plus guère utilisée que pour les irrigations; on se sert pour la boisson d'une eau recueillie dans de vastes citernes au moment de la fonte des neiges sur les montagnes voisines de Biskra. L'eau de ces citernes ne donne que 0,794 de résidu solide sur 1,000 grammes ; cependant le clou de Biskra est resté aussi fréquent qu'autrefois; les boutons s'observent sur des points comme El-Kantara où l'eau est très bonne, enfin ils peuvent se produire chez des voyageurs arrivés à Biskra depuis très peu de jours et n'ayant fait usage que d'eau minérale. Il faut donc renoncer complètement à cette ancienne théorie.

M. Netter a défendu autrefois cette idée que les matières salines en excès dans l'eau potable pouvaient donner lieu à des concrétions calcaires des glandes sudoripares qui étaient le point de départ des boutons de Biskra ; les objections formulées plus haut, s'appliquent à cette théorie, de plus nous ferons remarquer que la sueur est une *sécrétion* dont la composition ne doit pas varier beaucoup et que l'abondance même de la sécrétion sudorale à Biskra serait peu favorable à la formation de la concrétion.

M. le Dr Renard a émis la théorie suivante : la sécrétion sudorale exagérée qui est la conséquence des chaleurs excessives de l'été Saharien mettrait les glandes sudoripares dans un état d'im-

minence morbide qu'on observe dans toutes les glandes dont le travail est exagéré, et au moment où la température extérieure s'abaisse, ces glandes pourraient s'enflammer ; le clou de Biskra serait la conséquence de l'inflammation des glandes sudoripares. Cette théorie est certainement ingénieuse, mais elle ne résiste pas à l'examen ; en effet, si le clou de Biskra n'avait pas d'autre cause que la chaleur et l'hypersécrétion de la sueur, on devrait l'observer sur tous les points du globe qui présentent des conditions climatériques analogues à celles de Biskra ; on ne s'expliquerait pas qu'une cause aussi générale donnât lieu à une *endémie*, et puis comment expliquer dans cette hypothèse les boutons de Biskra survenant chez des individus qui n'ont pas eu à subir les chaleurs de l'été? Comment comprendre qu'une inflammation franche des glandes sudoripares donne naissance à ces ulcérations si rebelles qui peuvent, ainsi que nous le verrons plus loin, se transmettre par contagion?

Les mêmes objections peuvent être formulées contre la théorie émise par M. le D[r] Sonrier ; d'après cet observateur, les fines poussières siliceuses, emportées par le vent du Sud, pénétreraient dans la peau et l'irriteraient, d'où la formation des boutons de Biskra; le siroco souffle avec violence sur beaucoup de points où ne règne pas le bouton de Biskra.

D'après MM. Seriziat et Alix, le bouton de Biskra serait comparable à l'ecthyma et au rupia des cachectiques ; il serait la conséquence de la débilitation profonde que subit l'organisme par le fait des conditions générales, climatériques et autres, spéciales à Biskra. « L'ulcère Saharien, dit M. Seriziat, naît à la suite de la débilitation de l'été, des nuits sans sommeil, de l'anorexie, des transpirations excessives, de la diarrhée légère, mais permanente qui trahit l'action des eaux salines ; il est comme le rupia l'expression d'une cachexie particulière, cachexie produite par le climat saharien. » (*Op. cit.*, p. 120.) M. Alix assimile complètement le clou de Biskra à l'ecthyma cachectique ; nous ne saurions admettre cette assimilation au point de vue des lésions cutanées qui sont très différentes dans les deux dermatoses ; quant à la théorie étiologique de MM. Seriziat et Alix, il suffit pour en démontrer l'insuffisance, de rappeler que le bouton de Biskra se développe aussi bien chez les individus vigoureux que chez les cachectiques, et

qu'on l'a observé maintes fois sur des individus arrivés récemment à Biskra et n'ayant pas subi les fatigues de l'été saharien.

Un fait nouveau et très intéressant au point de vue de l'étude de la nature et des causes du bouton de Biskra, a été bien mis en lumière par M. le Dr Weber, en 1876, dans le mémoire déjà cité, c'est que le bouton de Biskra est *contagieux* et *inoculable.*

M. Weber cite le fait d'un pharmacien de l'hôpital militaire atteint de boutons de Biskra après avoir été se baigner aux eaux chaudes avec un de ses amis affecté de la maladie, et s'être servi de la même serviette pour s'essuyer le corps. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'observer des faits analogues ; quand une personne est affectée du bouton endémique dans une famille, il est très fréquent que d'autres membres de la famille soient atteints peu de temps après; nous avons déjà rapporté (observation VI) le cas d'une mère atteinte après sa fille ; l'observation suivante nous paraît très probante en faveur de la contagion.

### Observation IX.

Marie Gros, âgée de 10 ans 1/2, arrivée à Biskra le 15 septembre venant de Constantine, a eu les fièvres intermittentes à Constantine; anémie consécutive. Marie Gros est la sœur de la femme du concierge de l'hôpital militaire, elle emploie pour se laver et pour s'essuyer la figure, les mêmes serviettes que sa sœur, laquelle porte sur différents points du corps et notamment à la face de nombreux boutons de Biskra recouverts de croûtes. Dès la fin du mois d'octobre, Marie Gros est atteinte de boutons endémiques qui se développent lentement et sans douleur sur les joues et sur les parties latérales du front d'abord, puis sur les avant-bras.

Au mois de novembre, époque à laquelle nous examinons la malade, les boutons de la face et des avant-bras, ont un aspect caractéristique; ils ont la forme de plaques recouvertes au centre d'une croûte grisâtre, épaisse, saillante, très sèche et très adhérente, avec des croûtes accessoires autour de la première.

L'examen des croûtes est fait à plusieurs reprises, nous constatons seulement la présence des éléments suivants : cellules épidermiques, globules de pus, bactéries. Pas de spores.

Aucun traitement n'est employé, les croûtes se détachent successivement, les cicatrices sont très superficielles, rosées, puis brunâtres.

M. le Dr Weber rapporte les deux exemples d'inoculation qui suivent :

« 1° Le 12 avril 1875, époque où les clous guérissaient, le nommé Musso, chasseur au 3e bataillon d'Afrique, vingt-cinq

ans, eonstitution robuste, sanguin, aucun antécédent syphilitique, porte eneore quelques elous aux avant-bras; je prends la croûte du plus récent ayant deux mois environ de date, je la réduis en poudre, j'y trempe une laneette à vaecin mouillée, et j'en inocule une parcelle à M. Moty, médeein aide-major au bataillon, à la cuisse droite, dans une petite pochette soulevant l'épiderme; la piqûre est reeouverte d'un petit moreeau de percaline (M. Moty, vingt-sept ans, était à Biskra depuis six mois environ et n'avait pas eneore eu de clous bien caraetérisés; il faut noter que l'inoculation a été faite à une époque où il n'apparaît plus de nouveaux elous).

« Un jour après, un peu de euisson, le lendemain, les ganglions de l'aine sont légèrement engorgés; le troisième jour apparition d'un petit elou de Biskra à l'endroit inoculé. Un peu d'inflammation se produit à la suite de longues courses à cheval et huit autres elous se développent successivement sur la même cuisse; ces elous guérissent en France, du 15 au 30 mai. Une éeorehure survenue le 3 mai au eoude droit, fut envahie par l'inflammation spécifique.

« Tous ees elous ont laissé la eicatrice earactéristique. »

« 2° Le 25 avril 1875, je prends une parcelle de croûte de M. Moty et je l'inoeule à M. de X..., employé du télégraphe, qui a eu 43 elous pendant la saison. Je lui fais deux inoculations, une première sur une partie saine du bras gauche, une autre au même bras, mais sur une cicatrice d'un elou guéri depuis deux mois. Trois jours après apparaissent des elous aux endroits inoculés; elous eroûteux qui, le 1<sup>er</sup> mai, sont grands eomme une pièee de 1 franc; ces clous sont guéris en quinze jours et eelui placé sur la peau saine, a laissé la cicatrice earaetéristique. » (Weber, *op. cit.*, p. 50.)

M. Weber tire de ces faits la conelusion suivante qui nous parait pleinement justifiée : *le clou de Biskra est inoculable et semble être auto-inoculable; le principe actif est dans la croûte.*

Les mouehes nous paraissent jouer un rôle important dans la transmission du bouton de Biskra. Nous avons vu qu'aux mois de septembre et d'octobre, les moindres plaies avaient de la tendanee à se transformer en boutons endémiques; or, à cette époque, les mouches abondent à Biskra et elles se groupent avee aeharne-

ment autour des moindres écorchures ; il ne nous semble pas douteux que les mouches puissent transporter au bout de leurs pattes ou de leurs suçoirs le principe actif du bouton. Il est démontré que certaines mouches transportent la maladie charbonneuse; les mouches servent également à la transmission de l'ophthalmie purulente si commune dans les pays chauds et à Biskra en particulier. Pendant la saison chaude, presque tous les enfants indigènes ont les paupières garnies de mouches, ils s'habituent à ce supplice et ne cherchent même plus à chasser les parasites ; les mouches se déplacent sans cesse et elles transportent d'un enfant à l'autre le virus de l'ophthalmie purulente. Le rôle des mouches dans la propagation du bouton de Biskra est encore attesté par ce fait que le bouton se produit surtout sur les parties découvertes : à la face, aux extrémités, il est extrêmement rare d'observer un bouton dans le dos.

Le principe actif du bouton de Biskra peut être également transporté par le grattage, c'est ainsi qu'on s'explique la multiplicité des boutons chez un même malade.

Une dernière question s'impose : quelle est la nature du principe actif qui produit le bouton de Biskra? Ce principe est-il de nature parasitaire ou bien mérite-t-il de prendre place à côté des virus?

M. Vandyke Carter a observé, sur des pièces qui lui avaient été envoyées de Biskra, par M. Weber, un cryptogame caractérisé par un mycélium et des spores en grand nombre avec de nombreuses particules d'un jaune orangé; le cryptogame qui, d'après M. Vandyke Carter, serait la cause du bouton de Biskra, occuperait principalement les petits canaux lymphatiques de la peau ce qui pour un champignon est un siège d'élection au moins singulier. M. Weber incline vers l'opinion parasitaire émise par M. Vandyke Carter, il est *presque certain*, dit-il, que le dermophyte décrit par cet observateur, est la cause véritable du bouton de Biskra. (*Op. cit.*, p. 57.) Nous ne saurions partager cette conviction, et le cryptogame du bouton de Biskra nous paraît très problématique.

N'est-il pas étrange que ce cryptogame qui existait en si grande quantité dans les pièces envoyées à M. Vandyke Carter n'ait pas été vu par les observateurs qui ont étudié le bouton de Biskra

sur place? Il nous a été impossible de retrouver le champignon de M. Carter, bien que nous l'ayions cherché à Biskra même avec le plus grand soin et sur un très grand nombre de malades; MM. Kelsch et Kiéner n'ont pas été plus favorisés que nous. Il est bien probable que le champignon observé par M. Carter, était une production accidentelle; d'après les renseignements que M. Weber a bien voulu nous fournir, les pièces ont été envoyées en Angleterre dans un liquide conservateur, dont M. Carter avait donné la formule et qui n'était pas l'alcool; n'est-il pas possible que pendant le long voyage, de Biskra en Angleterre, d'un flacon qui ne pouvait pas être transporté par la poste, il se soit produit des champignons? C'est-là l'hypothèse qui nous paraît la plus probable. En tout cas nous pouvons affirmer que le champignon de M. Carter ne se retrouve pas dans les croûtes du bouton de Biskra; comme ces croûtes sont inoculables et qu'elles renferment le principe actif du bouton, on peut affirmer que ce principe actif ne réside pas dans un champignon.

L'évolution régulière du bouton de Biskra, et l'insuccès de toutes les médications parasiticides dans le traitement de cette maladie sont également en contradiction avec la théorie parasitaire. Il nous paraît extrêmement probable que l'agent actif qui produit les boutons de Biskra, appartient à l'ordre des virus et que le bouton de Biskra doit être rangé dans le cadre nosologique à côté des maladies virulentes qui, comme le chancre mou et l'ophthalmie purulente, ne donnent lieu qu'à des manifestations locales.

Existe-t-il, comme pour le charbon une bactérie spéciale au clou de Biskra? Nous avons vu qu'on trouvait toujours dans le pus des ulcères et dans les croûtes un très grand nombre de bactéries; peut-être une de ces bactéries est-elle spéciale au bouton de Biskra; si la bactérie du bouton de Biskra existe, elle doit se rapprocher beaucoup par ses caractères des espèces connues qui se rencontrent toujours dans le pus, car il nous a été impossible de la distinguer de ces dernières.

Bibliographie. — Guyon, *Arch. gén. de med.*, 1842 et *Voyage d'Algérie au Liban*, 1852. — Poggioli, *Thèse*, Paris, 1847. — Cabasse, *Thèse*, Montpellier, 1848. — Verdalle, *Thèse*, Montpellier, 1851. — Boudin, *Traité de géographie médicale*, 1852, t. II, p. 315. — Quesnoy, *Rec. mém. méd.* Mre, 2e série,

t. VI. — Beylot, même rec., 1853, 2e série, t. XI, p. 210. — Massip, même rec., 1853, 2e série, t. XI, p. 239. — E.-L. Bertherand, *Gaz. des Hôp.*, 1854. — Armand, *Hygiène des pays chauds*, 1854. — Weiss, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1855. — Netter, *De l'étiologie et de la nature de l'affection connue sous le nom de bouton de Biskra*, Strasbourg, 1856. — A. Bertherand, *Gazette médicale de l'Algérie*, 1857. — Sonrier, même rec., 1857. — Masnou, même rec., 1859. — Manoha et Arnould, *Du bouton de Biskra à Laghouat*, même rec., 1860. — Hamel, *Rec. mém. méd. Mre*, 3e série, t. IV. — Didelot, même rec., 1862. — Castaing, même rec., 1862. — Ricque, même rec., 1862. — Hircsh, *Handbuch der historich geographischen Pathologie*, t. II, p. 456. — L. Laveran, art. ALGÉRIE, *in Diction. encyclop. des sc. med.* — Leroy de Méricourt, art. BOUTON D'ALEP ET DE BISKRA, même dictionn. — Alix, *Rec. mém. méd. Mre*, 1870, et *Observations médicales en Algérie*, Paris, 1869. — Seriziat, *Etudes sur l'oasis de Biskra*, 2e édit., Paris, 1875. — A. Laveran, *Traité des maladies et épidémies des armées*, Paris, 1875. — Weber, *Etudes sur le clou de Biskra. Rec. mém. méd. Mre*, 1876, p. 44.

---

II

# DE L'ÉPILEPSIE SYPHILITIQUE SECONDAIRE,

**par ALFRED FOURNIER**

Professeur à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(*Suite et fin.*)

---

Après ce qui précède, si nous cherchons à établir un parallèle entre l'épilepsie *secondaire* et l'épilepsie *tertiaire* de la syphilis, de ce rapprochement vont surgir aussitôt des différences aussi multiples que profondes. Ces différences, essayons de les caractériser à grands traits.

I. Tout d'abord, différence *chronologique*, aussi manifeste que possible, relativement à la période de la diathèse où ces deux ordres d'accidents font leur apparition habituelle. L'épilepsie secondaire, en effet, ainsi que je l'ai établi précédemment, a pour caractéristique propre de se développer dans les premiers temps de la maladie, en pleine période *secondaire*, et souvent même au début de cette période, c'est-à-dire quelques mois seulement après l'accident initial, après le chancre. L'épilepsie tertiaire, inversement, manifestation de syphilis cérébrale, est bien autrement tardive. Elle ne fait jamais invasion, au plus tôt, qu'après plusieurs années de contamination spécifique. Elle est *tertiaire* par excellence. Et le plus habituellement, même, elle ne succède au chancre qu'après un laps de temps considérable, se mesurant par dix, quinze, dix-huit et vingt années.

La première, donc, s'observe au seuil de la maladie, si je puis ainsi parler, tandis que la seconde ne se manifeste qu'à longue échéance, dans un stade éloigné de la diathèse.

II. En second lieu, *différences symptomatologiques*. Celles-ci sont d'ordre divers. Signalons les principales.

A ne parler tout d'abord que des symptômes d'ordre épileptique, des différences saillantes s'offrent à constater de part et d'autre. Ainsi :

1° L'épilepsie secondaire ne reconnaît guère comme modes d'expression que des phénomènes d'ordre convulsif. Or, bien plus variée d'allure, bien plus compréhensive, se présente l'épilepsie tertiaire qui ne se traduit pas seulement par les attaques convulsives constituant ce qu'on appelle le *grand mal*, mais qui s'accuse aussi très fréquemment par d'autres manifestations trés diverses comprises sous le nom générique de *petit mal*.

Les symptômes du petit mal (vertiges, absences, spasmes subits, accès de tremblement, impulsions soudaines et irrésistibles, etc.) ne sont-ils pas admis à prendre place dans l'épilepsie secondaire? Ce n'est pas là ce que je prétends. Peut-être les observera-t-on quelque jour, alors que les faits relatifs à l'épilepsie secondaire se seront multipliés et seront mieux connus dans leurs détails cliniques. Mais toujours est-il que je ne les ai pas encore rencontrés jusqu'à présent. Et cela seul m'autorise à dire que s'ils ne sont pas exclus de la scène morbide qui compose l'épilepsie secondaire, ils y sont pour le moins infiniment plus rares que les crises convulsives du grand mal.

2° Symptôme d'une lésion spéciale du cerveau, l'épilepsie tertiaire comporte les caractères habituels de toutes les épilepsies symptomatiques de lésions cérébrales. C'est dire qu'elle consiste en certains troubles d'ordre épileptique, et exclusivement épileptique, sans mélange d'autres troubles relevant d'affections différentes, relevant d'une névrose par exemple. Toujours, donc et invariablement, elle reste fidèle à son type ; toujours et invariablement, elle reste une épilepsie pure, en tant que modalité de phénomènes.

Au contraire, il n'est pas rare que l'épilepsie de la période secondaire revête un type moins exclusif, moins franchement comitial. Plusieurs fois déjà, je l'ai vu se produire sous des formes complexes et indécises, par exemple sous la forme de ce que l'on appelle communément l'*hystéro-épilepsie*. Trois de mes malades de Lourcine ont présenté, dans le cours de la période secondaire, des attaques mi-partie composées d'hystérie et d'épilepsie, si je puis ainsi parler, c'est-à-dire des attaques où, avec des phénomènes d'ordre incontestablement épileptique, coexistaient divers symptômes non

moins manifestement hystériques, à savoir, pour ne citer que les principaux : jactitation violente et tumultueuse des membres, oppression épigastrique, strangulation, crises de sanglots, mobilité d'attitudes, excrétion abondante d'urine comme terminaison de l'accès, etc., etc.

Or, jamais de tels phénomènes ne s'observent dans l'épilepsie tertiaire.

Et cette différence se conçoit. Car, dérivant de lésions cérébrales, l'épilepsie tertiaire ne peut traduire ces lésions que par l'ordre de phénomènes qu'elles sont susceptibles de provoquer ; tandis que l'épilepsie secondaire, simple névrose (au moins me semble-t-il que nous soyons autorisés à la considérer comme telle), est bien autrement libre d'allure, moins assujettie à un type invariable, plus exposée à se laisser influencer dans son mode d'expression par les dispositions personnelles du malade, par les aptitudes morbides, par les névroses préexistantes, etc.

3° L'épilepsie tertiaire affecte assez fréquemment un type particulier, sur lequel j'ai longuement insisté dans mes *Leçons sur la syphilis du cerveau* (page 196 et suivantes) et auquel j'ai donné le nom *d'épilepsie consciente*. Ce type consiste sommairement en ceci : conservation, à des degrés divers, de la connaissance et des facultés perceptives pendant le cours de l'accès épileptique. Ainsi, pendant la durée de sa crise, le malade — à des degrés, divers je le répète — reste *compos sui*. Il voit sa crise, il y assiste, il en suit, et non sans anxiété, les péripéties successives. Souvent même il est spectateur assez clairvoyant de ses propres accès pour qu'après coup, il les raconte, il les décrive dans leurs moindres détails.

Cette conservation curieuse de la connaissance pendant le cours des attaques ne se rencontre jamais dans l'épilepsie secondaire. Du moins, ne l'ai-je jamais observé pour ma part.

Mais la différence capitale, essentielle, à établir entre l'épilepsie secondaire et l'épilepsie tertiaire, réside moins dans la comparaison de leurs phénomènes propres que dans la présence ou l'absence d'autres symptômes contemporains. Je m'explique.

Presque invariablement, et l'on peut même dire fatalement, l'épilepsie tertiaire apparaît combinée à *d'autres phénomènes d'ordre cérébral*, au moins alors qu'elle date déjà d'un certain temps.

Inversement, l'épilepsie secondaire reste exempte de phénomènes de cet ordre.

Il se peut, certes, que des symptômes épileptiques fassent invasion dans la période tertiaire de la syphilis en tant que symptômes *isolés*, non associés à d'autres déterminations contemporaines. C'est-à-dire il est possible qu'à un moment donné, qu'à une certaine période de la syphilis cérébrale, ce qu'on observe se borne purement et simplement à des symptômes d'ordre épileptique. Mais, d'abord, cela est assez rare. Et cela surtout ne s'observe que pour un temps limité, au début de l'affection et à son début seulement. Le plus habituellement, au contraire, les symptômes épileptiques ne prennent place dans la syphilis cérébrale qu'à côté de symptômes d'un autre ordre, en compagnie d'accidents congestifs, d'accidents paralytiques, ou bien de désordres plus ou moins intenses des facultés intellectuelles, etc. Alors ils font partie d'un tout; ils sont éléments d'un ensemble morbide, constitué par une certaine somme de troubles divers.

D'ailleurs, alors même qu'elle apparaît isolément, l'épilepsie tertiaire ne reste pas longtemps à l'état d'épilepsie pure et simple. Bientôt elle se complique de *troubles cérébraux* variés qui viennent s'ajouter à elle, au milieu desquels elle s'efface progressivement, et dont quelques-uns même prennent bientôt le premier rang dans la scène morbide. Dès lors, tout en subsistant comme symptôme, elle se fond et disparaît dans un ensemble symptomatologique plus complexe, attestant des désorganisations cérébrales avancées.

Quels sont donc les accidents cérébraux qui servent ainsi de cortège à l'épilepsie tertiaire ou qui ne tardent guère à s'y associer? Ce sont, à ne les énoncer que très sommairement, : 1° des *troubles congestifs* (lourdeur de tête, céphalée, vertiges, accidents passagers d'incertitude ébrieuse, engourdissements fugaces dans les membres, fourmillements, troubles du sens, tels que bourdonnements, amblyopie); — 2° des *troubles intellectuels* (aptitude moindre aux travaux d'esprit, défaillances et paresse de mémoire, modifications de caractère se traduisant surtout par l'indifférence, l'apathie, la morosité; tous phénomènes qui suivent une progression rapidement croissante, pour aboutir à un début de véritable déchéance intellectuelle et morale); — 3° des *troubles moteurs*, va-

riables de siège et de degré (parésies éphémères, à répétition; puis parésies plus accentuées et plus persistantes; puis paralysies vraies, dont le type le plus commun est constitué par l'hémiplégie).

En un mot, l'épilepsie tertiaire a pour caractère habituel dès son début et pour caractère constant après une certaine durée, d'être associée à des troubles cérébraux de formes diverses, attestant d'une façon incontestable des lésions encéphaliques en voie d'évolution.

Or, tout autre se présente l'épilepsie de la période secondaire. *Celle-ci n'a pas ce cortège de troubles cérébraux.* D'une part, elle se manifeste sans symptômes cérébraux ou du moins sans symptômes cérébraux de nature à faire soupçonner une lésion organique de l'encéphale. Et, d'autre part, elle ne se complique pas de symptômes de ce genre, même dans une époque ultérieure. Alors même qu'elle compte déjà une certaine durée, elle reste ce qu'elle est, à l'état d'épilepsie pure et simple, sans adjonction de phénomènes plus menaçants.

Il se peut bien qu'elle coexiste avec quelques-uns de ces symptômes qui attestent, dans la période secondaire, une excitation ou un état de souffrance des centres nerveux, tels que céphalalgie, langueur générale, asthénie physique et intellectuelle, courbature, névralgies, névroses, troubles des sens, analgésie, etc., etc. Et alors une telle association de phénomènes ne serait pas sans risquer de donner le change, du moins au premier coup d'œil. Mais, d'abord, ce n'est là qu'une éventualité qui paraît assez rare. Et de plus, cette éventualité se réaliserait-elle (comme, par exemple, sur l'une de mes malades de Lourcine), qu'une analyse plus attentive dissiperait rapidement l'erreur d'une première impression. Car les accidents nerveux de la syphilis secondaire ne s'élèvent jamais comme intensité et comme caractères de manifestations morbides au diapason des grands troubles cérébraux qui accompagnent l'épilepsie tertiaire. La confusion n'est donc guère à redouter, et le diagnostic sera facilement établi sur ses véritables bases.

Au total, donc, l'épilepsie secondaire se compose d'une série de crises comitiales qui peuvent bien, à coup sûr, exciter de légitimes alarmes; mais elle ne se compose que de cela. Elle ne va pas plus loin, elle ne crée rien de plus grave. Et c'est en cela surtout qu'elle diffère essentiellement de l'épilepsie tertiaire; c'est en cela sur-

tout, comme nous allons le dire bientôt, qu'elle comporte un pronostic très inégal à celui de cette dernière.

III. Que durerait et que deviendrait l'épilepsie secondaire, si elle était méconnue comme nature et abandonnée indéfiniment à son évolution propre, sans le secours du traitement spécifique? Cela, je l'ignore, pour une double raison : parce que, d'abord, je n'ai pas rencontré de cas où de tels symptômes aient été absolument négligés et n'aient pas subi, à une période plus ou moins voisine de leur début, l'épreuve de la médication antisyphilitique; en second lieu, parce que, dans les cas qui me sont personnels, je me suis bien gardé de tenter une expérience périlleuse et que d'emblée, j'ai soumis mes malades à un traitement des plus énergiques. Donc, ce que je puis dire seulement, ce que seulement je suis autorisé à dire, c'est que, soumis à la médication qui lui convient et qui ressort de l'origine spécifique des accidents, l'épilepsie secondaire se dissipe rapidement, à brève échéance, et sans laisser de traces. Il n'est même pas rare que la médication coupe court aux accès du premier coup et n'en laisse pas se produire d'ultérieurs.

Or, mettons cela en parallèle avec les résultats du même traitement appliqué à l'épilepsie tertiaire, et nous verrons surgir aussitôt un contraste frappant. Ce n'est pas l'épilepsie tertiaire, assurément, qui guérit de la sorte d'une façon aussi rapide et aussi complète. J'accorde que, de toutes les formes de la syphilis cérébrale, elle constitue celle qui laisse le plus d'espoir, qui cède le mieux au traitement et qui fournit à la thérapeutique ses plus beaux succès. Mais il s'en faut qu'elle se dissipe et s'évanouisse sous l'influence du mercure ou de l'iodure à la façon de l'épilepsie secondaire. Souvent, nous ne le savons que trop par expérience, elle se montre plus ou moins rebelle; souvent aussi, quoi qu'on fasse, elle ne guérit pas et se complique d'accidents cérébraux de plus en plus graves, de moins en moins accessibles aux ressources de l'art. Inutile d'ajouter qu'elle aboutit parfois à des terminaisons fatales.

Quelle différence entre cette épilepsie et l'épilepsie secondaire qui se montre relativement si bénigne, si docile au traitement, si curable, en un mot, et qui même, je suis tenté de le croire, disparaîtrait probablement *sponte sua* en dehors de toute intervention thérapeutique! Cette dernière assertion, il est vrai, manque

de faits qui la légitiment quant à présent, et je ne la donne que pour ce qu'elle vaut, c'est-à-dire pour une simple hypothèse. Mais c'est là une hypothèse basée sur une induction assurément rationnelle. L'épilepsie dite secondaire, en effet, n'est pas secondaire pour rien; et il n'y a rien de téméraire à supposer qu'à l'instar de la plupart des accidents de la période diathésique à laquelle elle appartient, elle se jugerait spontanément et finirait par guérir seule, indépendamment de toute influence médicamenteuse. La démonstration du fait nous échappe encore, mais je suis persuadé à l'avance qu'elle ressortira quelque jour d'observations ultérieures.

IV. Les diverses considérations qui précèdent convergent toutes à un dernier point qu'il me suffira d'énoncer, tant il ressort naturellement de ce qu'on vient de lire : c'est que le pronostic de l'épilepsie secondaire est absolument différent de celui que comporte l'épilepsie tertiaire.

L'épilepsie tertiaire est toujours grave, très grave même pour bon nombre de cas. Et comment en serait-il autrement, puisqu'elle n'est que l'expression, la traduction clinique de lésions cérébrales? L'épilepsie secondaire inversement n'offre rien de sérieux, alors du moins qu'elle est soumise au traitement spécifique. Elle a toujours guéri, rapidement et complètement guéri, dans tous les cas qui se sont présentés à mon observation et qui m'ont fourni les éléments de ce travail.

En terminant, me sera-t-il permis de hasarder une hypothèse sur l'essence, sur la nature probable de cette épilepsie secondaire?

Une question se présente : cette épilepsie résulte-t-elle d'une lésion cérébrale, ou bien n'est-elle qu'un simple trouble d'ordre dynamique, un trouble fonctionnel sans lésion? En l'absence de renseignements nécroscopiques, le champ reste librement ouvert à toutes les opinions. Pour ma part, cependant, il ne me semble guère que l'épilepsie secondaire puisse être rattachée à une lésion des centres nerveux, et cela en raison même des différences profondes qui la distinguent de l'épilepsie tertiaire. laquelle précisément est une épilepsie à lésions, à lésions incontestables et bien démontrées. Je me la représenterais difficilement en relation avec

une altération matérielle du cerveau, vu les particularités qui la caractérisent et que j'ai essayé de résumer dans le tableau qui précède. Plus volontiers je serais enclin à la considérer comme une simple *névrose*, et je trouve à l'appui de cette manière de voir autant d'arguments dans les considérations suivantes : d'abord, l'apparition des troubles propres à cette épilepsie à une époque de la diathèse où les lésions viscérales n'ont pas encore tendance à se produire; — puis, l'isolement de ces troubles épileptiques qui ne se compliquent pas d'autres phénomènes cérébraux; — le caractère éphémère, transitoire, des accidents; — leur facile curabilité;—leur disparition intégrale, sans reliquats, sans vestiges, etc. Tout cela assurément cadre mieux avec l'hypothèse d'une névrose qu'avec celle d'une altération cérébrale.

Au surplus, l'épilepsie n'est pas la seule névrose que la syphilis soit susceptible de développer de toutes pièces dans sa période secondaire. Il existe incontestablement d'autres névroses de même origine, se développant à la même période de la diathèse, et sous l'influence exclusive de cette diathèse. Telle est, comme exemple, l'hystérie secondaire. Assez souvent, en effet, on voit se manifester sur de jeunes femmes récemment infectées de syphilis des phénomènes hystériques ou hystériformes qui n'ont été précédés, avant l'infection, d'aucun accident semblable. Amplement démontrée par des observations nombreuses, cette hystérie secondaire est aujourd'hui généralement acceptée. Or, je ne sache pas que personne l'ait jamais rattachée à une lésion des centres nerveux. Pourquoi donc l'épilepsie ne serait-elle pas admise à se développer sous la même influence morbide qui est susceptible de déterminer d'autres névroses?

En résumé, et sous toutes réserves, l'épilepsie secondaire semble n'être constituée que par une *névrose spécifique*, c'est-à-dire par un ensemble de symptômes morbides développés sous une influence spécifique et se produisant en dehors de toute lésion supposable des centres nerveux.

---

III

# ÉTUDES NOUVELLES DE DERMATOLOGIE
# LES TUMEURS DE LA PEAU

(3e article.)

## LES DERMATOFIBROMES (FIBROMES OU INNOMES CUTANÉS).

1re Partie. — Observation d'un cas de dermatofibrome pigmentaire, congénital, généralisé et progressif (Nævus fibromateux pigmentaire) (1),

Par **ERNEST BESNIER**, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

---

## I

On chercherait en vain dans les traités de dermatologie les plus récents et les plus complets un exposé philosophique de la nosologie et de la nosographie des dystrophies fibreuses du tégument externe ; à la vérité, les auteurs qui ont écrit sur l'anatomie pathologique générale, ont abordé incidemment la question, mais ils n'ont pu la résoudre d'une manière acceptable, faute d'avoir associé dans leur conception l'analyse histologique et l'analyse clinique. Virchow, par exemple, dans ses magnifiques Leçons sur les Tumeurs, réunit dans le chapitre commun des fibromes l'Éléphantiasis à côté du Molluscum qu'il désigne expressément, pour accentuer l'assimilation, sous le nom d'Éléphantiasis molluscoïde ; l'abus est ici trop manifeste, à tous les titres, pour qu'il y ait lieu d'insister en parlant à des cliniciens. Il ne sera pas da-

(1) La région cervico-dorsale, la plus remarquable dans son altération, a été moulée par Baretta et déposée par nous dans le musée de l'hôpital Saint-Louis sous le nº 415, année 1877 ; — une seconde pièce, reproduisant la main, porte le nº 416 ; deux dessins d'ensemble, d'après nature, sont insérés dans le corps de l'article ; les caractères histologiques des lésions ont été dessinés par Leuba d'après les préparations de Balzer, et sont représentés dans la planche II de ce volume ; l'explication de la planche se trouve à la fin du présent article.

vantage nécessaire d'argumenter pour rejeter hors du cadre des fibromes, où Virchow les a réunies, les tumeurs mixtes désignées sous les noms de verrues, papillomes, condylomes, etc.; il n'y aurait aucun intérêt, et il y aurait tout dommage à subordonner aussi absolument la clinique à l'histologie pure.

Il existe, au contraire, une classe anatomiquement et cliniquement naturelle de tumeurs fibreuses de la peau, de fibromes, ou tumeurs essentiellement et vraiment fibreuses, congénitales ou acquises, dont les variétés principales sont, en grande partie, déterminées par l'étage de la peau qui leur donne naissance ; par exemple, *a) fibromes de la couche superficielle:* fibromes mous, molluscum simple, vrai, fibreux, pendulum ; *b) fibromes de l'étage moyen et profond:* fibromes durs, plats, sessiles ; *c) fibromes de l'étage inférieur* de la peau, ou *hypoderme* (1), tumeurs sphériques plus ou moins complètement mobiles, dures, enkystées secondairement, etc.

C'est à celles-là seulement que doit être, en réalité, appliquée la dénomination de fibromes cutanés, ou de dermatofibromes ; et c'est là d'ailleurs un point sur lequel nous aurons à revenir dans la suite de ce travail. Les lignes qui précèdent suffisent pour poser la question dans le sens où nous la comprenons ; elles ont eu surtout pour objet de servir d'introduction au fait remarquable sur

(1) On divise, d'ordinaire, sommairement la peau en deux plans principaux : l'un profond, *le derme;* l'autre superficiel, l'*épiderme;* cette division, assurément très exacte, laisse de côté un troisième plan qui n'en peut être, en réalité, séparé ; nous voulons parler du *fascia superficialis*, plus ou moins chargé de graisse selon les sujets et suivant les régions, et que l'on désigne généralement sous le nom de *tissu cellulaire sous-cutané*, de pannicule graisseux, etc. (*Voy.* la description extrêmement précise de Sappey. — *Traité d'anat. descript.*, t. III, p. 526, 1872.) Cette couche appartient, à tous égards, au tégument externe ; elle naît, sans aucune ligne de démarcation, de la face profonde du derme, et se termine dans la couche celluleuse lâche qui l'unit aux plans aponévrotiques de la superficie du corps. — C'est en ce dernier point que se trouve réellement la *jointure cutanée*, c'est là que s'exécutent les mouvements physiologiques de la peau sur les parties profondes et non entre la peau et le pannicule qui restent absolument unis ; c'est là également que s'opèrent les *décollements* traumatiques ou pathologiques. — Enfin cette couche comprend, en différents points, comme le derme proprement dit, des follicules pileux et des glandes sudoripares, éléments cutanés s'il en fût, et la plupart de ses altérations sont en rapport avec les altérations cutanées les plus caractéristiques. C'est pour toutes ces raisons que nous avons proposé l'annexion régulière de ce troisième plan dans la constitutégument externe, sous le nom d'*hypoderme.*

lequel nous voulons d'abord attirer l'attention, et dont l'exposé est l'objet de la première partie de eet artiele.

## II

Vers la fin de l'année 1877, mon savant maître et eollègue, M. Hérard, présenta à la Société médicale des hôpitaux de Paris, un enfant de 10 ans ayant le corps couvert d'un nombre extraordinaire de tumeurs de toutes formes et de toutes dimensions, les unes isolées, les autres conglomérées et formant des masses cohérentes gigantesques. Aucun des membres présents de la Compagnie n'avait observé de fait semblable, ni analogue, et une étude extemporanée était insuffisante pour le déterminer avec précision; M. Hérard voulut bien abandonner eette étude à mes soins, et e'est le résultat de mon observation que je publie aujourd'hui dans ce récueil spécial, pour le soumettre directement à l'attention et à la eritique de mes confrères en dermatologie.

### EXPOSÉ DU FAIT [1]

H.... L...., est un enfant d'apparence frêle et délicate, de taille moyenne, à cheveux blonds, et à aspect dit lymphatique. — Son père est bien portant, sans être robuste; sa mère est de santé exeellente, vigoureuse, « sanguine »; pendant sa grossesse, il n'est survenu aucun incident particulier; tout à fait en dehors de ce qui est habituel en pareil cas, elle ne rapporte à aucune « envie » de femme grosse les tumeurs de la peau observées chez son enfant; elle parle eependant d'une « peur » qu'elle aurait éprouvée pendant sa grossesse. Au demeurant, aucune affection semblable ou analogue chez les ascendants, ni chez les eollatéraux. Nous aurons complété ce qui a trait aux anamnestiques quand nous aurons ajouté que l'enfance de H. L. n'a présenté rien de partieulier, qu'il s'est développé normalement à tous égards, et nous aurons, je crois, satisfait à tout ce qui peut être demandé, en disant que notre jeune sujet appartient à une famille d'ouvriers et de petits commerçants aisés.

Au moment de sa naissance, l'enfant portait déjà des tumeurs

sur tout le corps, et les grands conglomérats qui existent aujourd'hui étaient topographiquement constitués ; il est aisé dele comprendre, cela ne veut pas dire que TOUTES les tumeurs, aujourd'hui dénombrables, existaient certainement, mais cela veut dire, au moins que toutes celles qui ont aujourd'hui une dimension ou un volume considérables sont, à parler très exactement, *congénitales*. Cela ressort nettement de l'interrogatoire, souvent répété, que nous avons fait subir à la mère, très intelligente, du jeune sujet, non moins que de l'étude du progrès des lésions que nous avons poursuivie durant plus de deux années. Voici d'ailleurs, s'il pouvait s'élever quelque doute, une circonstance qui ne permettrait pas de le conserver : à l'âge de 18 mois, l'enfant fut présenté au professeur Hardy qui en fit prendre un dessin photographique ; ce dessin a été colorié et inséré dans la *Clinique photographique des Maladies de la peau* de Hardy et de Montméja — planche V sous le titre de « Nævus pigmentaire et Nævus vasculaire. — On reconnaîtra aisément dans cette reproduction photographique, les principaux groupes de tumeurs que nous avons représentés plus loin ; on y verra surtout, nettement dessiné dans son siège topographique, dans ses contours, dans le bourrelet circonférentiel, et dans les plis déjà énormes de la peau de la nuque, le vaste collet cutané qui occupe toute la région cervico-dorsale du sujet.

A cette époque, comme aujourd'hui, il existait des éléments de toutes les dimensions; leur évolution progressive ne s'est accrue que dans les limites de ces dimensions premières; il est certain que les *grosses tumeurs* de l'état présent étaient toutes dessinées et saillantes au moment de la naissance; dans notre pensée, la lésion, en son entier, est congénitale, même dans ses plus petits éléments, mais c'est là pour ce dernier point une opinion, non une démonstration.

ÉTAT ACTUEL. A. *Vue générale de l'affection.* Les tumeurs observées à la surface du tégument, sont en nombre considérable, dépassant plusieurs centaines; on en peut compter soixante-dix sur la partie découverte du visage. Elles résident sur tous les points de la peau sans aucune exception, et non ailleurs; la cavité buccale et le pharynx n'en présentent aucune; l'existence d'une petite tumeur sur la conjonctive oculaire ne constitue pas

une exception, l'appareil de la vision ne sortant pas en réalité, du plan cutané. Sous le rapport des caractères extérieurs, on peut les distinguer en trois types principaux : taches et tumeurs pigmentaires ou pigmentées ; tumeurs isolées ; tumeurs conglomérées et conglomérats de tumeurs.

1° *Taches et tumeurs pigmentaires.* — Considérée dans son ensemble, la pigmentation des altérations cutanées est en raison inverse de leur surface ou de leur élévation ; sur tous les points du tégument sain, ou altéré, on trouve de petites taches peu ou pas saillantes, d'un noir brunâtre, ponctuées, miliaires, ou atteignant les dimensions d'une tache lenticulaire ; considérées à titre isolé, et sur les portions saines du tégument, ce sont les éléments les moins multipliés ; mais un grand nombre de tumeurs présentent des taches pigmentaires, ou des ponctuations pigmentaires, isolées ou en groupe ; généralement les taches isolées sont plates, elles n'ont pas de saillie très notable, et ne reposent pas toujours sur un épaississement appréciable du derme.

2° *Tumeurs isolées.* — Ce sont les éléments qui prédominent en nombre ; leur forme est généralement arrondie d'une manière régulière ; leur diamètre variable de un millimètre à cinq ou six centimètres ; leur volume va de celui d'un grain de millet, à celui d'un pois, d'un pois chiche, d'une amande, ou même d'un gros macaron ; tous sont sessiles, émergeant de la peau saine par une ligne nette ; on en trouve à peine quelques-uns qui dépassent la forme hémisphérique, et présentent une circonférence un peu amoindrie à l'insertion cutanée.

La *consistance* de toutes les tumeurs est ferme, assez *dure* même, leur revêtement cutané est résistant, n'offre aucune altération irritative spontanée, et ne présente aucune fragilité particulière sous l'influence des traumatismes communs ou accidentels. Leur surface est lisse, un peu luisante ; les plis cutanés exagérés, mais aucun état papillomateux ; toutes ont conservé les poils follets. La *couleur* est très variable : quelques-unes ont presque l'aspect de la peau saine ; la plupart ont une teinte brune un peu violacée, toujours plus ou moins pigmentée ; variant très peu par la pression du doigt, ou devenant fauves ; quelques unes sont franchement rosées. Un assez grand nombre, surtout parmi les grandes tumeurs, portent à la périphérie, sur leur limbe, à

leur centre, ou sur un point quelconque à leur surface, des taches pigmentaires, des granulations pigmentées en points isolés ou en groupes, ou même des tumeurs surnuméraires de dimensions diverses.

D'une manière générale, la pigmentation est en raison inverse du volume des tumeurs; dès que celles-ci ont dépassé le volume d'un pois, la coloration noire diminue considérablement, devient rouge fauve, et se dégrade jusqu'à revenir presque à la teinte normale sur les grands conglomérats. Elles restent, cependant, toutes pigmentées à un examen attentif surtout à la loupe, et ponctuées de grains miliaires, irrégulièrement disséminés, isolés ou coalescents; il semble que la pigmentation initiale a été étalée, éparpillée par l'extension en surface des éléments pathologiques.

Explorée à la main, la *température* est manifestement plus élevée au niveau des tumeurs que sur les parties non altérées, adjacentes ou analogues.

Sur tous les points altérés, la *sensibilité* propre au tégument sain existe dans ses modes les plus délicats; la *sensibilité à la douleur* y est partout en excès, et le patient ne supporte jamais sans protestation immédiate le plus léger pincement ou la plus petite piqûre des parties malades. Mais d'autre part, aucune *douleur spontanée* au niveau des éléments pathologiques, un peu d'hypéresthésie papillaire simplement, de démangeaison dans les grands conglomérats durant la nuit, quand les soins de propreté n'ont pas été exécutés, ou à la chaleur du lit; mais aucune excoriation de grattage.

Aucune tumeur ne paraît être activement *vascularisée*, au moins dans son revêtement; aucune ne peut changer de volume par la pression, aucune ne fournit de sang abondamment à la piqûre; celles qui ont été excisées n'ont donné lieu qu'à un écoulement sanguin insignifiant et immédiatement tari par simple compression momentanée; leur surface de section est restée pâle, et exsangue à peu près.

Tous les caractères que nous venons de retracer sont *fixes*, permanents : l'aspect des lésions est toujours le même; aucune variété dans la couleur, la tension, le volume, etc. Toutefois, la mère de l'enfant affirme que, dans toutes les circonstances où il

survient une flaccidité générale des tissus, c'est-à-dire dans l'état fébrile, au cours de quelque affection d'une certaine intensité, le volume et la consistance de tous les éléments lui ont paru subir une réduction appréciable, mais toujours momentanée, et en fait, par conséquent, plus apparente que réelle.

3° *Tumeurs conglomérées et conglomérats de tumeurs.* — Toutes les grosses tumeurs ne sont pas conglomérées ; quelques-unes à la partie inférieure de la région dorsale, par exemple, restent isolées, ou se touchent seulement par leurs bords sans se déformer mutuellement ; mais, le plus ordinairement, aux régions trochantérienne, fessière, lombo-sacrée, par exemple ; elles deviennent cohérentes, se déforment sur leurs points de contact tout en restant invariablement séparées par des *sillons* plus ou moins profonds. Cette disposition acquiert son maximum de développement à la région cervico-dorsale, où la concentration et la coalescence des tumeurs constituent des caractères particuliers très remarquables, que nous indiquerons tout à l'heure dans la description particulière des régions.

B. *Particularités topographiques. a) Cuir chevelu.* — Les cheveux sont abondants, tenus très longs par le jeune homme à qui ils servent à dissimuler une partie des tumeurs du col, écartés en plusieurs points par des masses saillantes arrondies ou ovalaires à base large, comme aplaties, d'un rose pâle ou un peu livides, glabres à leur sommet, mais recouvertes de cheveux normaux à leur base.

*b) Face.* Le visage est irrégulièrement parsemé de taches pigmentaires de petite dimension et de tumeurs miliaires, lenticulaires, ou pisiformes ; les deux plus volumineuses, que l'on remarque sur le front atteignaient le volume d'un gros pois, ce sont celles qui ont été excisées pour l'examen biopsique (l'enfant n'y a consenti que parce que ces deux tumeurs le gênaient notablement pour porter son chapeau) ; aujourd'hui (mars 1880), il n'y a à leur place que deux cicatrices très petites, blanches, non saillantes, à peine visibles et sans aucune tendance à la repullulation. Autour des orifices et sur les régions qui les avoisinent, on retrouve les tumeurs comme ailleurs, sans aucune régularité ni disposition particulières.

*c) Col.* En avant, même disposition que sur la face ; en ar-

rière toute la région, exactement de l'un des muscles sternomastoïdiens à l'autre, est occupée par un immense *bourrelet* composé de quatre étages de lobes superposés et séparés les uns des autres

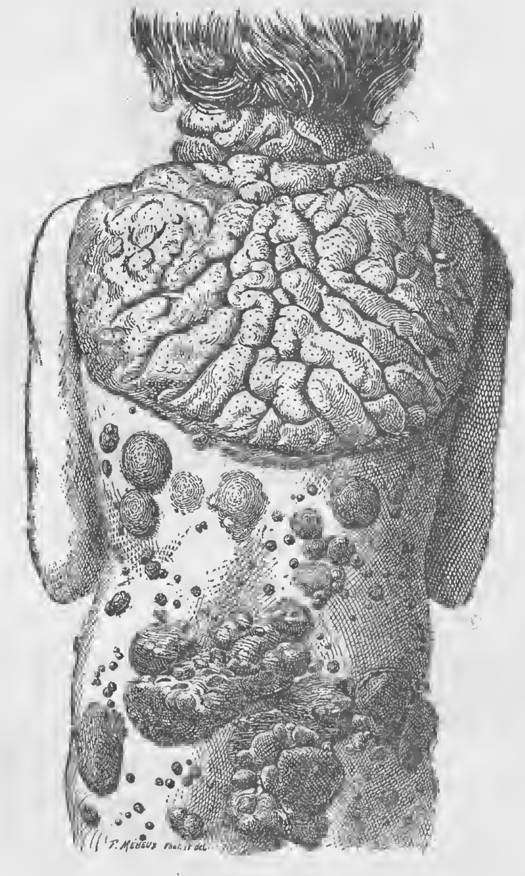



Dessin n° 1.

par des sillons profonds. Ce bourrelet est circonscrit dans ses bords latéraux, ainsi que dans son bord supérieur, par un sillon profond commençant en haut à l'implantation des cheveux, puis descendant entre le relief supérieur et la région de la nuque de plus de trois centimètres; la face de contact de ce bourrelet supérieur est exactement moulée sur la région de la nuque qu'elle embrasse comme dans une épaisse collerette, et dont la masse, le poids, la pression, maintiennent la tête habituellement inclinée en avant. Sur le dessin n° 2, on voit, et on peut suivre à la loupe, l'ensemble des circonvolutions que dessinent les plis de la masse; sur

le dessin n° 1, on peut suivre le plan, l'élévation, le relief, le profil, et comme la coupe de la masse entière.

Ces dessins sont d'une exactitude absolue; ils ont été faits à la plume pour les rendre plus nets, mais ils sont absolument calqués sur les photographies. Sur toute la masse, les orifices sébacés, dilatés et ponctués en noir, se montrent séparés par de grandes distances, écartés qu'ils sont par la distension énorme de la *surface* cutanée.



Dessin n° 2.

La coloration des sillons est la même que celle des surfaces; il ne s'y produit aucune irritation intertrigineuse, à la fois à

cause des soins de propreté qui sont employés, et en raison du peu d'abondance de la perspiration sudorale au niveau de tous les points malades, circonstance qu'explique très simplement l'examen histologique. Les poils de duvet sont rares sur toutes les surfaces libres, mais on les retrouve nettement sur plusieurs points.

*d) Région postérieure du thorax.* — Toute la partie supérieure de la région dorsale, exactement la région des trapèzes, est occupée par une immense *plaque* en forme de pèlerine qui se continue avec les tumeurs de la région cervicale. Cette plaque, qui a tous les caractères objectifs et subjectifs des autres tumeurs, est remarquable non seulement par son immense étendue, par son épaisseur qui est de plusieurs centimètres, mais surtout par la confluence des tumeurs qui la composent, et qui, par leur déformation réciproque, par la disposition des sillons qui les séparent profondément, reproduisent absolument l'aspect des circonvolutions cérébrales. La prolifération morbide a été, sur cette surface trop étroite pour la contenir, tellement exubérante, que des tumeurs surnuméraires en grand nombre surmontent encore et couronnent de toutes parts les sommets des circonvolutions. Toute cette masse est chaude à la main, dure, sèche, douée de toute la sensibilité normale; cependant, sa vascularité, ou au moins son irrigation sanguine, est extrêmement faible; les piqûres d'aiguille ou d'épingle, menées aussi loin que le permet la sensibilité parfaite de tous ses points, ne donnent pas issue à une seule goutte de sang; en nul point, il n'y existe de varicosités; sa coloration ne se modifie pas par la pression. Elle se termine à sa périphérie par une ligne régulière, symétrique dans ses contours; à peine un léger sillon à sa partie inférieure, partout ailleurs elle finit en pente douce et insensible; *nul affaissement ni flaccidité de la masse qui, malgré son poids énorme, n'a aucune tendance dermatolysique.*

*f) Région thoracique antérieure.* — Rien de particulier; les tumeurs y ont la même disposition que sur la face, les grosses tumeurs plates, en forme de macarons, ne s'y montrent qu'au dessous des sillons sous-mammaires; les mamelons sont intacts. Les deux régions axillaires sont occupées par de vastes engorgements ganglionnaires indolents qui paraissent avoir existé dès la première enfance

*g) Membres supérieurs.* — En avant et en arrière, mêmes tumeurs qu'à la face, assez discrètes; dans notre dessin, on ne les voit pas sur la face postérieure; c'est oubli de l'artiste. Sur les mains, sur les faces dorsales et latérales des doigts, les tumeurs redeviennent très nombreuses, plus volumineuses, mieux détachées, lenticulaires, pisiformes, peu colorées, quelques-unes un peu cornées à leur surface dans les points où elles sont exposées à des pressions; aux faces palmaires, elles sont plus volumineuses, aplaties, moins nombreuses, moins nettement détachées. A leur surface, les crêtes papillaires, les sillons et les séries linéaires d'orifices sudoripares sont soulevés, écartés, non effacés.

*h) Région dorso-lombaire, région sacrée.* — Toutes ces régions sont occupées 1° par des taches et des petites tumeurs, 2° par des grosses tumeurs isolées en forme de macarons, 3° par la masse la plus étrange que l'on puisse imaginer, constituée par un conglomérat indescriptible de tumeurs et de masses de toutes les formes et de toutes les dimensions, ayant d'ailleurs dans leurs éléments la constitution, l'aspect, la couleur et tous les autres caractères déjà décrits.

*i) Abdomen.* — Mêmes détails qu'à la région thoracique antérieure.

*j) Organes génitaux.* — Le pénis et le scrotum sont parsemés de petites tumeurs pisiformes, bien détachées, pigmentées médiocrement, toutes isolées.

*k) Membres inférieurs.* — Les tumeurs y sont extrêmement multipliées, revêtant toutes les formes décrites; un grand nombre d'entre elles s'étalent en surfaces diffuses; aux régions fessières et trochantériennes, elles se groupent de nouveau en conglomérats très aplatis; à la plante des pieds, mêmes tumeurs qu'à la face palmaire des mains, mais plus aplaties encore, comme dans tous les points où la couche cornée est épaisse ou soumise à des pressions habituelles et prolongées.

A la région inguino-crurale, engorgements ganglionnaires, volumineux, indolents, très anciens, un peu plus volumineux que ceux des aisselles.

Tout cela établi, il ne reste rien à ajouter: la santé de l'enfant est satisfaisante malgré l'apparence un peu chétive qu'il présente; aucune lésion viscérale; aucune gêne fonctionnelle résul-

tant des lésions cutanées autre que l'inclinaison légère de la tête en avant par le bourrelet rétro-cervical. Les parents du jeune homme le trouvent aujourd'hui assez fort pour apprendre un état, et il va commencer l'apprentissage du métier de cordonnier.

## III

Quelque étrange ou extraordinaire que pût paraître, au premier examen, le cas de notre jeune sujet, il n'était pas, en réalité, absolument difficile de se former une idée approximative assez exacte de la nature de la lésion, et de la constitution probable des tumeurs, à l'aide de l'analyse clinique simple.

On savait tout d'abord, pertinemment, que la lésion était *congénitale*, et sa définition clinique première était naturellement : *nævus*; la constatation de la *dureté* des tumeurs, de leur *consistance* vraiment fibreuse, de leur peu de vascularité appréciable, amenait aisément la qualification de *fibreux, fibromateux;* et il suffisait d'un coup d'œil pour reconnaître les taches pigmentaires et ajouter le mot de *pigmentaire*. Il n'était même pas nécessaire de se livrer à une discussion éliminatoire pour écarter des termes du diagnostic les diverses variétés de nævus pigmentaire simple, ou de nævus vasculaire; il était en outre superflu, au sens anatomo-pathologique précis, d'énumérer les raisons de forme, de disposition, de consistance, de couleur, etc., qui distinguaient cette variété de fibrome, de la variété molle, flasque, pendulaire, etc., à laquelle on doit réserver aujourd'hui la dénomination de *Molluscum*. La congénitalité, enfin, la couleur, la pigmentation, le volume étaient surabondamment suffisants pour distinguer les tumeurs de notre enfant des myomes cutanés de toute espèce, etc., etc.

C'était toutefois, aussi bien au point de vue scientifique que pour déterminer certains points de pratique (par exemple la légitimité d'une intervention chirurgicale), un cas où la *biopsie clinique* était indispensable; mais l'enfant opposait la plus complète résistance à toutes nos propositions, et c'est seulement dans le courant de 1879 que nous avons pu le décider à se laisser enlever, successivement, deux petites tumeurs de la région frontale ( qui le gênaient pour le

port de sa coiffure). Ce sont les deux tumeurs préparées par M. Balzer qui ont fourni les détails histologiques que nous allons maintenant résumer. Ces détails, très satisfaisants à plusieurs titres, pourraient être et auraient besoin d'être plus complets; nous ne manquerons pas de les produire dans la suite quand notre malade, devenu plus raisonnable, voudra mieux se prêter à nos recherches.

*Caractères histologiques. a) Petite tumeur de la partie supérieure et gauche du front : Prép. Alcool; picrocarm.; Glycérine.* La couche cornée de *l'épiderme* est normale, seulement un peu amincie; le corps muqueux est également aminci; ses cellules sont normales à l'exception du grand nombre de granulations pigmentaires qu'elles renferment surtout dans l'étage inférieur.

Envisagé de sa face supérieure à la naissance du néoplasme développé à sa face profonde, et qui le refoule en masse, le *derme* présente à peine le tiers de son épaisseur normale. A sa face profonde, on trouve les glandes sudoripares régulièrement disposées entre celle-ci et le néoplasme. Ces glandes sont le siège d'altérations remarquables: quelques-unes sont simplement atrophiées, encore facilement reconnaissables; leurs anses sont brunâtres, fortement pigmentées. Pour d'autres glomérules l'atrophie est complète; ils ne forment plus qu'un bloc petit, brunâtre, granuleux, très pigmenté, enveloppé d'une couche de tissu fibreux. (*Voir* fig. 2 B.) Parfois ce tissu fibreux pénètre davantage dans l'épaisseur du glomérule dont les anses sont en quelque sorte disséquées; enfin au niveau des points de la tumeur en voie de polifération, les éléments de la glande sont eux-mêmes venus à l'état embryonnaire; les conduits de ces diverses glandes ainsi altérées ne se voient pas sur les coupes.

Au-dessous du derme, on voit le tissu de la tumeur, dont la structure est très variable sur les différentes coupes et dans les différentes régions qu'on examine; à un faiblo grossissement, le tissu fibroélastique domine dans sa texture au niveau de son point d'attache avec la peau saine. Dans le centre de la tumeur, au contraire, le tissu fibreux est mélangé, dans des proportions variables, à un tissu formé d'éléments fusiformes, dont le noyau est légèrement allongé, et dont le protoplasma se colore légèrement en jaune sous l'influence du picro-carminate. Tantôt le tissu fibreux prédomine et se montre sous l'apparence des faisceaux assez épais, colorés en

rose par le carmin; tantôt on aperçoit, entre les faisceaux, des cellules fusiformes en plus ou moins grand nombre, mais jamais le tissu fibreux ne disparaît complètement. Au centre de la tumeur les faisceaux de cellules fusiformes s'entrecroissent dans des directions variées, mais ils semblent se rendre le plus souvent de la base de la tumeur vers sa périphérie; ils sont en rapport immédiat les uns avec les autres, ou sont séparés parfois par de minces lamelles de tissu fibrillaire.

Les vaisseaux sont surtout faciles à distinguer à la face profonde du derme, au-dessous des glandes sudoripares; ils envoient aussi des anses qui contournent ces dernières et viennent se terminer dans le derme par un renflement entouré de cellules fusiformes. Ces cellules constituent la paroi de ces vaisseaux nouveaux, lesquels sont parfois entourés d'une zone plus ou moins épaisse, formée par ces mêmes éléments.

En résumé, la tumeur est constituée à son centre par du tissu fibreux, et à sa périphérie par du tissu jeune, formé de cellules fusiformes à noyau un peu allongé, et en rapport avec des vaisseaux de nouvelle formation assez nombreux et dont les parois sont constituées par des éléments semblables. Ce tissu subit vraisemblablement une évolution plus complète et se transforme en tissu fibreux dans les tumeurs plus avancées. La réalité de ce processus semble démontrée par les rapports de ce tissu avec les vaisseaux, par la formation des anses vasculaires dans les parties périphériques de la tumeur en voie d'agrandissement.

*b*) *Tumeur plus grosse de la même région.* — Dans cette tumeur, plus ancienne ou plus avancée dans son évolution (*voy.* pl. II, fig. I), le tissu fibreux devient prédominant d'une manière absolue; la coupe montre l'amincissement de l'*épiderme* corné et muqueux, les cellules du réseau plus légèrement pigmentées que dans la petite tumeur. Le *derme*, refoulé par le néoplasme, a également perdu beaucoup de son épaisseur.

Les glandes sudoripares (*voy.* pl. II, fig. I, D) présentent les altérations déjà décrites à propos de la première tumeur : atrophie des glomérules dont les anses semblent oblitérées et remplies par une masse de pigment compacte, dans d'autres points, retour des éléments épithéliaux à l'état embryonnaire, et participation de ces éléments à l'irritation proliférative. Ces dernières altérations

s'observent dans les régions de la tumeur, où la formation des éléments fuso-cellulaires est la plus abondante. Mais, comme on peut le voir sur la figure I, la tumeur est constituée principalement par du tissu fibreux. Les faisceaux, parfois très volumineux, s'entrecroisent dans toutes les directions, mais cependant sont le plus ordinairement parallèles à la surface de la tumeur. Ils sont constitués principalement par du tissu conjonctif et renferment aussi quelques fibres élastiques fines.

C'est dans les interstices qui séparent ces faisceaux que se développent les éléments sarcomateux beaucoup moins abondants que dans la dernière tumeur. Ces éléments sont tantôt arrondis, plus souvent fusiformes ou étoilés ; leur forme varie d'ailleurs avec la configuration des espaces interfasciculaires dans lesquels on les observe. Le protoplasma est généralement peu abondant et offre des prolongements effilés, les noyaux sont assez volumineux, elliptiques et très granuleux; leur forme et leur dimension sont plus variables dans tous les espaces larges où ils ont pu se développer en plus grand nombre. Entre les faisceaux fibreux serrés, ils forment souvent des traînées régulières, disposées presque aussi symétriquement que les cellules qui tapissent les faisceaux tendineux ; ils tendent également à prendre une forme rectangulaire. Comme dans la première tumeur, leur nombre est plus considérable à la périphérie du néoplasme, dans le voisinage des papilles et des glandes. Mais il est très rare de trouver des points où ces cellules ne soient pas en contact avec le tissu conjonctif; un examen attentif fait toujours remarquer de fines travées fibrillaires dans les points où leurs amas sont plus serrés et plus compacts.

Les vaisseaux sont peu nombreux dans la partie centrale de la tumeur, où le tissu fibreux domine complètement; ils sont assez abondants dans la couche superficielle de la tumeur, riche en éléments jeunes. Quelques-uns ont leurs parois formées d'une seule rangée de cellules fusiformes ; d'autres, outre ce revêtement, présentent une couche conjonctivo-élastique.

A la périphérie, on distingue nettement le point de continuation du tissu malade avec le tissu sain. Dans les parties profondes de la tumeur, on ne retrouve plus les éléments cellulaires accumulés dans les espaces interfasciculaires. Du côté de la surface cutanée, on voit reparaître les papilles, les bulbes pileux et les poils

atrophiés ou disparus dans la peau qui recouvre la tumeur.

Il semble bien ressortir de ces détails histologiques que les tumeurs de notre malade *émanent* de l'étage le plus inférieur du chorion, produisant, dans leur développement le refoulement et l'atrophie incomplète des glandes cutanées, des couches supérieures du chorion et des zones épidermiques. Les éléments « sarcomateux » prédominant dans la tumeur la moins avancée dans l'évolution, indiquent le *processus formatif* probable, encore qu'il faille tenir compte du rôle que peuvent jouer les froissements et les diverses causes d'irritation extérieure de la peau dans la multiplication de ces éléments embryonnaires. La prédominance définitive du tissu fibreux dans la tumeur la plus avancée, établit surabondamment la nature fibromateuse de la lésion constituée, et justifie le diagnostic clinique de dermatofibrome.

On pourrait se demander si telle est bien l'essence *primitive* de la lésion, et si elle n'est pas seulement, telle que nous l'observons, le résultat éloigné de la *transformation* d'une altération primitivement différente, d'un nævus vasculaire par exemple. Cette supposition doit d'autant plus être examinée, que le professeur éminent, à qui l'enfant fut présenté dans la seconde année de sa naissance, aurait porté le diagnostic de nævus vasculaire et pigmentaire; cette dénomination se trouve, en effet, au bas du dessin photographique de l'atlas de Hardy et Montméja (*loc. sup. cit.*), et, de plus, toute la masse dorsale, déjà constituée et saillante à cette époque, est représentée avec une couleur violacée qui appartient en effet à certains nævi vasculaires. Toutefois, aucun détail explicatif suffisant n'accompagne le dessin de l'atlas que nous venons de désigner, qui soit de nature à établir positivement que la lésion ait été véritablement constituée par des vaisseaux à aucune époque de son développement. Il n'est pas impossible que, dans un examen rapide, fait sur un jeune enfant peut-être criant et pleurant, la masse dorsale, plus vascularisée qu'elle ne l'est aujourd'hui, ait paru violacée, et que le diagnostic de nævus vasculaire ait été porté avec quelques restrictions qui n'ont pas été signalées ultérieurement. Nous avons sur ce point fait appel aux souvenirs de la mère de l'enfant, très intelligente ainsi que nous l'avons dit, et la conclusion de ses réponses a toujours été uniforme, à savoir que sauf les dimensions

qui se sont accrues avec l'âge, les choses avaient toujours été telles qu'elles le sont aujourd'hui.

En fait, actuellement, aucune tumeur n'est comparable aux nævi vasculaires à aucun point de vue, et l'examen histologique, ou microscopique, ne montre dans ces tumeurs que la vascularité particulière, et si spéciale, des fibromes vasculaires dont les traces à l'œil nu disparaissent en grande partie, aussitôt la section opérée.

## III

Pour terminer ce qui a rapport au fait particulier que nous venons de rapporter, et avant de poursuivre à titre général la question des dermatofibromes, il nous reste à formuler quelques conclusions de pratique dont nous ne devons pas oublier complètement le souci devant l'intérêt scientifique. Quel est l'avenir de cet enfant? que deviendront ses tumeurs? Est-il possible de venir à son secours avec les ressources de la médecine ou de la chirurgie?

Absolument parlant, les néoplasmes dont il s'agit sont *bénins*, leur évolution est relativement lente; leur progrès dans la masse n'a pas été énorme puisque le bourrelet cervical, le conglomérat en pèlerine du dos, etc., existaient déjà à la naissance avec les proportions *relatives* que l'on trouve aujourd'hui. Il est possible qu'avec l'arrêt du développement physiologique, une certaine immobilisation se fasse dans la masse des tumeurs, et dans le processus sarcomatofibreux.

Au point de vue de la masse, aucune gêne fonctionnelle ne semble provenir, pour l'enfant, du poids de la pèlerine dorsale; il n'en est pas de même du bourrelet cervical; celui-ci, à la vérité, n'apporte aucune compression aux organes contenus dans la loge cervicale antérieure puisqu'il ne s'étend qu'à la surface de la loge postérieure, mais son volume énorme incline assez notablement la tête en avant; sa saillie au niveau du col des vêtements constitue la difformité la plus extraordinairement choquante que l'on puisse imaginer. On est donc amené à se demander si, le cas échéant, soit du fait de quelque nécessité dépendant de l'accroissement de ce collier, soit à la demande du malade devenu avec les années plus soucieux de sa difformité, on n'arriverait pas à agiter la question d'une opération

chirurgicale. J'ai fait appel dans ce but, pour m'éclairer sur les moyens d'exécution, à la sagacité bien connue de mon savant collègue Duplay qui n'a pas considéré le projet comme chirurgicalement irréalisable, et qui a déclaré que, sous la réserve d'indications à poser plus exactement si la question se présentait réellement, il ne se refuserait pas en principe à exécuter une semblable opération. D'ailleurs, les excisions que nous avons pratiquées ont été absolument inoffensives, leur cicatrisation est des plus simples, et il sera toujours possible de débarrasser le malade de quelques tumeurs devenant gênantes par leur situation ou leurs progrès.

La matière médicale offre-t-elle quelque secours contre une semblable affection ? je ne le pense pas. Tous les moyens employés contre les fibromes vrais, sont restés sans action ; leur évolution progressive fait ici partie intégrante du processus d'évolution formative et ne peut être, en réalité, enrayée, immobilisée que par la terminaison même de l'accroissement physiologique du sujet.

*(A suivre.)*

---

## EXPLICATION DE LA PLANCHE II.

*Nævus fibromateux pigmentaire généralisé.*

Figure I. Oculaire 3; Objectif 0, de Hartnack, préparations de M. le Dr Balzer.

A) Epiderme très aminci. B) Corps muqueux. C) Derme.
D) Glandes sudoripares atrophiées. E) Tissu fibreux renfermant beaucoup de jeunes cellules fusiformes.
F) Faisceaux de tissu fibreux sectionnés transversalement. G) Bande de tissu fibreux, longitudinale.

Figure II. Oculaire 2; Objectif 3, de Hartnack.

A) Prolifération active de cellules fusiformes.
B) Glande sudoripare atrophiée et remplie de pigment.
C) Tissu fibreux.

V

# NOUVEAUX FAITS EN FAVEUR DE L'ASPIRATION DANS LE TRAITEMENT DES BUBONS SUPPURÉS

Par le Dr **L. LE PILEUR**,

Médecin adjoint de Saint-Lazare.

---

Lorsqu'en 1874, je publiai un mémoire sur cette question, je l'avais terminé par les conclusions suivantes :

1° La méthode de l'aspiration peut s'employer dans les adénites inguinales toutes les fois que ces adénites se compliquent d'abcès phlegmoneux ;

2° Elle abrége la durée du traitement ;

3° S'il ne survient pas d'accidents indépendants de la méthode, l'opération ne laisse pas de cicatrice (1).

Ces conclusions et le reste du mémoire inspirèrent à la critique quelques objections dont voici les principales :

1° Cette méthode pouvait-elle s'appliquer indifféremment aux bubons chancreux et aux bubons non chancreux?

2° Quels avantages offrait-elle, dans le cas où on avait affaire à un bubon chancreux? ou même n'était-il pas supposable que les avantages fussent nuls en présence d'un bubon à pus virulent?

3° De plus et quoique le doute n'ait jamais été émis, il était aisé de voir que les résultats extraordinaires, comme brièveté de traitement, fournis par ma statistique, n'avaient pas amené la conviction dans l'esprit des lecteurs.

Pourquoi suis-je resté si longtemps sans répondre, sans publier de nouveaux faits, et sans dégager ainsi cette méthode des soupçons d'infidélité qui semblaient planer sur elle? Ce n'est pas que je la considère comme trop peu importante ; loin de là, je crois au contraire que la pratique de ville ne peut en tirer que d'heu-

(1) Étude sur le traitement de certaines adénites inguinales par la méthode de l'aspiration (Delahaye, 1874).

reux résultats. De plus, le médecin ayant le devoir de chercher avant tout, à guérir vite et bien, un procédé qui réunit ces deux conditions, est toujours intéressant ; mais c'est que, jusqu'à l'année dernière, je n'avais pas pu étendre mon champ d'étude au delà de Saint-Lazare. Scientifiquement, ce champ est aussi riche qu'aucun autre; mais la pratique nosocomiale y rencontre un grand inconvénient, c'est d'être absolument fermée à tout médecin étranger à la maison. Les observations qu'on y recueille ne sont donc plus des faits hospitaliers dans la large acception du mot, c'est-à-dire contrôlés ou contrôlables par le public, mais bien, des faits comparables à la clinique de ville; tout se passe entre le chef de service et l'interne, hors de là point d'échange, point de communication possible.

Répondre à des faits plus ou moins incriminés par des faits puisés à la même source et par conséquent, entachés des mêmes défauts me semblait donc parfaitement inutile; ce qu'il me fallait, ce que j'ai trouvé, c'était des observations incontestables, prises devant tout le monde, et par cela même ne laissant pas de place au doute.

J'ai hâte de dire que si je puis aujourd'hui publier ce petit travail, dont les éléments auront sur leurs précédents l'avantage d'avoir été observés par un public toujours nombreux, je le dois à l'extrême obligeance de mon excellent maître, M. le professeur A. Fournier qui m'a gracieusement donné carte blanche sur toutes les adénites que je pourrais rencontrer dans son service de l'hôpital Saint-Louis.

Les observations qui vont suivre sont donc toutes prises dans cet hôpital, et le lecteur pourra juger lui-même de la vérité des conclusions que j'avais posées il y a six ans.

Pour ce qui est des deux premières objections, celles qui sont relatives aux bubons chancreux, j'y répondrai plus longuement à la fin de ce travail; mes arguments, appuyés sur des faits que le lecteur aura pu suivre jour par jour, n'auront que plus de valeur et plus de clarté, mais je dois dire de suite :

1° Que les adénites chancreuses, n'ayant, dans l'état actuel de la science, aucun caractère objectif qui puisse permettre de les différencier des adénites simples, que celles-ci ne pouvant être certainement distinguées des premières que par la seule inoculation, toutes les méthodes qui ont pour but l'*évacuation du pus* sont *en apparence* dans des conditions égales d'infériorité quand il s'agit d'un bubon virulent, puisqu'elles font une plaie qui de-

viendra toujours chancreuse. Pourquoi donc l'aspiration ne pourrait-elle pas s'appliquer indiféremment comme les incisions prématurées, les ponctions multiples, etc., aux bubons chancreux et aux bubons non chancreux?

2° Que, si à première vue les avantages de cette méthode sont contestables en présence d'un bubon à pus virulent, on peut toujours admettre, à mon avis, en attendant que je démontre la supériorité de l'aspiration, que cette méthode n'est pas inférieure aux autres, puisque la plaie qu'elle produit est infiniment petite et par conséquent ne produira selon toute probabilité qu'un petit chancre.

*Observation I.* O... Louis, 23 ans, feuillagiste, entre à la salle Saint-Louis, n° 34, le 22 février 1879 pour des chancres mous.

Comme antécédents, ce malade a eu en 1865 une blennorrhagie suivie d'orchite et en 1878, au mois de janvier, un chancre infectant suivi d'accidents secondaires pour lesquels il a été soigné dans le même hôpital et dans le même service.

Le malade ne peut donner de renseignements certains sur la femme qui l'a infecté et sur l'époque de la contagion. Tout ce qu'il peut dire, c'est que le 15 février dernier, il y a 7 jours, il a aperçu à la face interne et antérieure du prépuce cinq petites ulcérations. Presque en même temps survient dans les deux aines un gonflement qui ne tarda pas à devenir extrêmement douloureux.

27 *février. Etat actuel.* Sur le prépuce, à l'endroit précité, cinq chancres mous, dont deux sont déjà réunis en un seul, ils sont très douloureux, mais ne paraissent pas devoir s'étendre beaucoup, leur aspect jaune à bords taillés à pic, ne permet aucun doute sur leur nature. A gauche, adénite volumineuse et très douloureuse, mais encore très dure. A droite l'adénite est bien fluctuante, le peau est rouge et tendue. On fait la ponction sur le point le plus déclive avec le trocart de Castiaux n° 4, et on obtient 15 centimètres cubes de pus bien lié. On introduit une mèche dans la petite plaie. Cataplasmes sur la région.

28 *février.* En retirant la mèche il s'écoule en abondance un pus sanguinolent.

1er *mars.* Écoulement beaucoup moins abondant.

3 *mars.* Il ne sort plus de pus, à peine une goutte de sérosité paraît-elle en pressant, on ne met plus de mèche.

5 *mars.* Orifice de la ponction complètement fermé. Pas de décollement, état presque normal du pli de l'aine.

8 *mars.* L'adénite gauche ne s'est pas développée, au contraire, elle a si bien diminué de volume que probablement elle ne suppurera pas. Les chancres traités énergiquement sont cicatrisés. Le malade sort de l'hôpital.

*Résumé de l'observation.* Chancres mous du prépuce chez un syphilitique. Adénite double. La droite seule suppure. Ponction 12 jours après le début. Guérison 6 *jours* après l'opération, 18 jours après le début. Pas de compression.

*Observation II.* B... Nicolas, 27 ans, taillandier, entre à la salle Saint-Louis, n° 25, le 22 février 1879, pour une adénite inguinale droite.

*Antécédents.* Trois blennorrhagies antérieures. Le 8 février, coït suspect; 15 février apparition de petites ulcérations dans le sillon balano-préputial. Le lendemain gonflement de la région inguinale droite.

*Etat actuel, 24 février.* Cinq chancres mous dans le sillon balano-préputial. Adénite volumineuse et déjà fluctuante, mais pas assez cependant pour être ponctionnée. Cataplasmes en permanence.

*4 mars.* Le phlegmon est bien franc, on ponctionne avec le trocart n° 4 et on obtient 25 centimètres cubes de pus très épais, bien lié et se coagulant en masse dans l'eau. On introduit une petite mèche, et on continue les cataplasmes.

*5 mars.* En retirant la mèche, écoulement de 15 centimètres cubes de pus mêlé de sang. Même pansement.

*6 mars.* Sécrétion beaucoup moins abondante.

*7 mars.* La poche fait légèrement soufflet. Compression avec un tampon d'ouate placé au-dessus de l'ouverture et maintenu par un spica.

*8 mars.* Il ne sort plus qu'un peu de sérosité. Même pansement.

*10 mars.* L'ouverture est fermée. On fait encore un peu de compression.

*11 mars.* Guérison de l'adénite. Les chancres vont mieux.

*15 mars.* Exeat.

*Résumé de l'observation.* Chancres mous survenus 7 jours après un coït infectant, guéris 28 jours après leur début. Adénite suppurée consécutive à droite, ponctionnée 12 jours après le début; guérie 7 *jours* après l'opération, 18 jours après son début. Compression.

*Observation III.* B... Paul, domestique, 18 ans 1/2, entre à la salle Saint-Louis, n° 37, pour des chancres mous de la verge, le 8 février 1879.

Dans les *antécédents* aucune affection vénérienne antérieure.

Ce fut au commencement de janvier que le malade observa à la verge, dans le sillon balano-préputial, des petits boutons blancs qui ne tardèrent pas à s'ulcérer. Le malade ne les soigna pas, mais au bout d'un mois, effrayé par un bubon qui lui vint à l'aine, il se décida à consulter un médecin qui prescrivit des lotions avec du vin aromatique.

Pas de renseignement sur l'incubation des chancres, le malade voyant tous les jours la femme qui l'a infecté.

*Etat actuel, 8 février.* Adolescent, pâle, maigre et d'apparence chétive, le père est mort phthysique. Dans le sillon balano-préputial six chancres mous qui paraissent être à la période d'état. Dans l'aine droite, petite adénite, dure et très douloureuse; la peau n'est ni rouge ni tendue.

*10 mars.* L'adénite qui est demeurée longtemps stationnaire, est devenue fluctuante depuis quelques jours. Elle offre une partie où la peau est très amincie. On fait la ponction qui donne 6 centimètres cubes d'un pus mal lié et séreux. Mèche et cataplasme.

*12 mars.* L'ouverture faite par le trocart s'est légèrement ulcérée.

*14 mars.* La petite plaie augmente d'étendue, c'est probablement à un bubon chancreux qu'on a affaire. La mèche est supprimée.

*17 mars.* Inoculation au bras gauche avec le pus de l'adénite.

*19 mars.* La première inoculation paraissant douteuse, on en fait une seconde au bras droit . La plaie du bubon a encore progressé et il y a un peu de décollement dans le sens du pli de l'aine. Compression.

22 *mars*. Destruction des deux inoculations qui sont positives. Quoique la plaie du bubon ait diminué d'étendue on la panse à plat avec une solution d'azotate d'argent au trentième.

24 *mars*. Il n'y a presque plus de décollement.

1er *avril*. Exeat.

*Résumé de l'observation*. Six chancres mous du sillon balano-préputial, guéris trois mois environ après leur début. *Bubon chancreux* (inoc. positive) entré en suppuration 40 jours au moins après son début. Guérison de l'adénite 20 *jours* après la ponction, malgré un peu de décollement, et 60 jours après le début.

*Observation IV*. T... Aimé, tapissier, 38 ans, entre à la salle Saint-Louis n° 34, le 15 mars 1879 pour des ulcérations à la verge.

*Antécédents*. Syphilis pour laquelle le malade a été soigné à diverses reprises à Saint-Louis dans le même service. Derniers rapports sexuels le 16 février. Début des accidents actuels le 20 février.

*Etat actuel*, 15 *mars*. Ulcérations multiples au bord libre du prépuce, qui est tellement œdématié qu'on ne peut décrouvrir le gland. Le fond de ces ulcérations est jaune et leurs bords sont assez nets, plusieurs sont confluentes; de plus il y a une adénite peu importante et peu douloureuse à droite, mais l'ensemble des caractères, la durée des accidents (23 jours) sans qu'il ait eu grande augmentation, les antécédents syphilitiques enfin, font penser à une syphilide ulcéreuse.

17 *mars*. Inoculation au bras gauche avec le pus des ulcérations préputiales. Le lendemain l'inoculation paraît devoir être négative.

20 *mars*. L'inoculation est positive. L'adénite prend du développement, et les chancres malgré un traitement énergique suivent une marche progressive.

31 *mars*. L'adénite est devenue considérable, elle est fluctuante, elle s'étend jusqu'au niveau du canal crural, où s'observe le maximum de fluctuation. On ponctionne en ce point même avec le trocart n° 4. On obtient 18 centimètres cubes de pus bien lié, mais fortement mêlé de sang. La peau revient complètement sur elle-même sous l'influence de l'aspiration, et on sent parfaitement sous elle les ganglions durs, mais peu volumineux et très douloureux. Mèche et cataplasmes.

1er *avril*. Il sort une grande quantité de pus mêlé à beaucoup de sang, en somme presque autant de liquide que la veille.

4 *avril*. Même état. Toujours grande abondance de liquide. Induration très grande des tissus autour de l'ouverture, qui est assez béante pour qu'on n'y mette plus de mèche.

19 *avril*. L'ouverture de la ponction s'est agrandie depuis quelques jours à un point tel qu'on pourrait maintenant y introduire le petit doigt. Inoculation au bras gauche avec le pus de l'adénite.

21 *avril*. Inoculation positive. Continuation des cataplasmes.

4 *mai*. Le prépuce cicatrisé laisse voir le gland, dont la face dorsale est encore envahie par deux chancres mous en voie de réparation. La plaie de l'adénite est toujours béante, mais l'induration du pourtour est nulle, et *il n'y a pas de décollement*. A la sérosité qui s'écoule de la plaie, se joignent d'énormes grumeaux de pus mêlés de tissu cellulaire. C'est probablement le résultat de la fonte d'un ganglion. Injection, 3 fois par jour, d'une solution d'azotate d'argent.

*9 mai.* L'ouverture de l'adénite est considérablement rétrécie.

*20 mai.* Il n'y a plus à l'aine qu'une plaie simple, mais atonique. La pression ne fait plus sortir de liquide, et ne détermine plus de douleur dans la région inguinale. Pansement à l'iodoforme.

*10 juin.* Cicatrisation complète de l'adénite. *La cicatrice est semblable à celle qu'aurait laissé un gros furoncle.* Les chancres sont complètement guéris depuis quelques jours. Exeat.

*Résumé de l'observation.* Chancres mous multiples du gland et du prépuce chez un syphilitique. Durée de l'incubation, 4 jours Cicatrisation des chancres 100 jours après leur début.—*Bubon chancreux* (inoculation positive) suppurant tardivement, 39 jours après le début des chancres. Cicatrisation de l'ouverture de l'adénite 71 *jours* après la ponction.

*Observation V.* D..... peintre en décors, 22 ans, entre à la salle Saint-Louis, n° 25, le 15 mars 1879, pour une adénite volumineuse.

*Antécédents.* Pas de maladies vénériennes antérieures. Le 15 février dernier, cinq jours après un coït suspect, est survenu sur la couronne du gland près du frein, un petit bouton que le malade compare à ceux qui viennent à la figure (acné ou herpès ?) Six ou huit jours après, 21 ou 23 février, le bouton s'ouvrit et il en sortit une goutte de liquide visqueux. Depuis le début de l'accident le malade n'avait pas vu de femme et n'en revit pas plus tard. Il brûla énergiquement, ce jour-là même, le petit bobo avec un crayon de nitrate d'argent, et le lendemain pansa la plaie avec du vin aromatique et du cold cream; celle-ci se cicatrisa le 12 mars, 17 jours environ après la cautérisation.

*Etat actuel, 17 mars.* Cicatrisation encore rouge de l'ulcération détruite par le nitrate d'argent. Adénite très douloureuse et volumineuse (0,09 c. sur 0,05 c.) dans l'aine gauche. Elle aurait commencé 8 ou 10 jours après le coït infectant, 4 jours après le chancre, vers le 19 ou le 20 février par conséquent. Le malade a beaucoup marché, ce qui explique l'intensité de la lésion.

*18 mars.* Fluctuation franche. Ponction avec le trocart n° 4 au point le plus déclive et de dedans en dehors. Après avoir pénétré dans une première poche que l'on vide, le trocart est arrêté par une cloison derrière laquelle il y a du pus, comme le fait reconnaître le palper. Au lieu de faire extérieurement une seconde ouverture, on perce la cloison avec le trocart et on pénètre dans cette seconde cavité. On obtient ainsi 15 centimètres cubes de pus bien lié et très épais. On introduit une mèche qui pénètre jusqu'au fond de la seconde cavité. Cataplasme sur la région

*19 mars.* Issue abondante de pus.

*22 mars.* Décollement assez fort. Compression légère.

*23 mars.* Le malade a eu de la fièvre toute la nuit. On cesse la compression et on revient aux cataplasmes, en continuant l'usage de la mèche. La peau de toute la région est rouge-violet, amincie, et on peut craindre qu'elle ne s'ulcère.

*2 avril.* La peau a repris en partie sa coloration normale, et la plaie de la ponction ne fournit plus que peu de liquide; mais la peau qui recouvre la poche supérieure et externe. celle qui a été ouverte sous-cutanément est en deux ou trois points tellement amincie qu'elle s'ulcérera certainement

*8 avril.* Trois ouvertures se sont faites comme on le craignait. Inoculations au bras gauche avec le pus de ce foyer et du foyer inférieur.

*9 avril.* Inoculations positives. Les trois ouvertures n'en forment plus qu'une seule et la peau est largement ulcérée. *L'ouverture faite par le trocart s'est en revanche, peu augmentée* et ne secrète presque plus,

11 *avril.* L'ulcération chancreuse mesure maintenant 5 millimètres sur 1 centimètre. Elle ne paraît pas devoir beaucoup s'étendre, grâce au pansement au nitrate d'argent employé dès le début de l'ulcération.

16 *avril.* Amélioration.

21 *avril.* Les deux poches ne communiquent plus. Celle qui a été ouverte avec l'instrument est tarie et l'ouverture est cicatrisée.

23 *avril.* L'ulcère chancreux se répare de plus en plus.

26 *avril.* Guérison complète. Exeat.

*Résumé de l'observation.* Chancre mou unique de la couronne du gland. Incubation de 5 jours. Destruction du chancre par le nitrate d'argent. Cicatrisation 25 jours après son début. Adénite suppurée gauche, biloculaire, survenue 4 jours après le chancre. Ponction 26 jours après le début. Bubon chancreux (inoc. positive) s'ouvrant d'autre part et spontanément 16 jours après la ponction, 42 jours après le début. Guérison de l'adénite chancreuse ponctionnée, 34 *jours* après la ponction, 60 jours après le début. Guérison de l'adénite chancreuse ouverte spontanément, 23 *jours* après qu'elle s'est ulcérée, 65 jours après le début des accidents. La cicatrice laissée par le trocart est presque invisible.

*Observation VI.* C... Augustine, 21 ans, couturière, entre à la salle Saint-Thomas, n° 35, le 29 mars 1879, pour des chancres mous et une adénite inguinale.

*Antécédents.* Pas de maladie vénérienne antérieure; est sujette à des éruptions d'herpès vulvaire. Nul renseignement sur la contagion. Le 8 mars, apparition à l'anus d'abord, et plus tard à la vulve, de boutons qui se sont ulcérés presque de suite, malgré les soins et les précautions de la malade. Les chancres ont pullulé, et le 15 mars une adénite douloureuse, devenant rapidement considérable, a paru dans l'aine gauche.

*Etat actuel,* 31 *mars.* 13 chancres mous, sept au pourtour de l'anus, six autres répartis sur les grandes et les petites lèvres. Adénite volumineuse (0,12 c. sur 0,07 c.) et douloureuse dans la région inguinale gauche.

4 *avril.* Ponction avec le trocart n° 4. On obtient 12 centimètres cubes de pus bien lié, mais venant difficilement. Mèche et cataplasmes.

10 *avril.* Décollement considérable. La ponction a été faite un peu trop tôt, car les tissus ne sont pas revenus sur eux-mêmes après la ponction, ce qui prouve que le pus n'était pas bien collecté. L'induration des ganglions est assez forte depuis deux jours.

14 *avril.* Compression assez énergique.

18 *avril.* Il n'y a plus de décollement, on cesse la compression pour reprendre les cataplasmes.

21 *avril.* L'engorgement ganglionnaire, qui avait persisté assez longtemps, est notablement diminué, l'empâtement et la dureté des tissus ont cédé. Il sort à peine une goutte de liquide par l'ouverture de la ponction.

23 *avril.* Cicatrisation complète. Les chancres de la vulve sont guéris, ceux de l'anus en pleine réparation.

26 *avril.* Exeat.

*Résumé de l'observation.* 13 chancres mous, tant à l'anus qu'à la vulve, par contagion directe et probablement répétée, ceux de l'anus ayant débuté les premiers. Guérison de tous les chancres, 49 jours après leur début. Adénite suppurée à gauche, paraissant 7 jours après les chancres. Ponction de l'adé-

nite, 20 jours après son début. Guérison, 19 *jours* après la ponction, malgré le décollement, 39 jours après le début.

*Observation VII.* L... Léon, 26 ans, cuisinier, entre à la salle Saint-Louis, n° 24, le 10 mai 1879, pour une blennorrhagie et une adénite inguinale.

*Antécédents.* Ce malade a été soigné dans le même service, en mars dernier, pour une syphilide cutanée.

*Etat actuel*, 12 *mai*. Blennorraghie de moyenne intensité à la période d'état. Syphilide anale papulo-érosive. Adénite fluctuente de la région inguinale droite, probablement déterminée par les syphilides de l'anus que la marche a irritées. Pas de renseignements positifs sur le début de ces accidents qui ne doivent pas remonter plus loin que le commencement du mois.

16 *mai*. Ponction de l'adénite. 12 centimètres cubes de pus très épais et bien lié, se prenant en masse au fond de l'eau. Mèche et cataplasme. Les tissus sont complètement revenus sur eux-mêmes.

17 *mai*. Issue abondante de pus. Même pansement.

18 *mai*. Beaucoup moins de pus.

19 *mai*. Presque plus de sécrétion, compression légère.

20 *mai*. On supprime la mèche en continuant la compresssion.

21 *mai*. Cicatrisation de l'ouverture.

31 *mai*. Les syphilides sont guéries. La blennorrhagie dure encore. Exeat.

*Résumé de l'observation.* Adénite droite consécutive à des érosions anales, d'origine syphilitique. Ponction de l'adénite, 16 jours environ après son début. Guérison 5 *jours* après la ponction, 21 jours environ après le débu Compression.

*Observation VIII.* P... Amand, 20 ans, ciseleur, entre à la salle Saint-Louis, n° 38, le 15 octobre 1879, pour des chancres mous et une adénite inguinale.

*Antécédents.* Pas de maladie vénérienne antérieure. Pas de renseignements sur la contagion. Au commencement d'octobre, apparition d'une ulcération sur le bord libre du prépuce à droite. Presque en même temps douleur dans la région inguinale du même côté; 8 ou 10 jours après, apparition d'une ulcération semblable à la première sur le bord libre du prépuce à gauche.

*Etat actuel*, 27 *octobre*. Les deux ulcérations (chancres mous) sont peu développées; elles sont saillantes (ulcus elevatum), parallèles, et suintent légèrement. Le prépuce recouvre le gland de façon à expliquer l'auto-contagion. Adénite volumineuse et bien fluctuante à droite.

28 *octobre*. Ponction de l'adénite. On obtient 18 centimètres cubes de pus épais et bien lié, se prenant en masse daus l'eau. Mèches et cataplasmes.

29 *cotobre*. Pus mêlé fortement de sang.

3 *novembre*. Presque plus de sécrétion. Compression légère.

7 *novembre*. On supprime la mèche.

8 *novembre*. L'ouverture n'est pas complètement fermée, mais le sera dans un jour ou deux. La pression ne fait plus sortir une seule goutte de liquide. Les chancres ne sont pas tout à fait guéris, mais en bonne voie de réparation. Le malade sort sur sa demande.

*Résumé de l'observation.* Deux chancres mous du bord libre du prépuce, l'un par contagion directe, l'autre par auto-contagion. Adénite inguinale droite suppurée. Ponction, 25 jours après le début. Guérison 13 *jours* après la ponction, 38 jours après le début. Compression. (*A suivre.*)

V

# DE LA TEIGNE TONSURANTE CHEZ LES ANIMAUX

Par **RAILLIET**,

Professeur d'histoire naturelle à l'École d'Alfort.

---

L'expression de *teignes*, appliquée aux « affections cutanées causées et entretenues par la présence de végétaux parasites dans les poils et dans les substances cornées de la peau », n'est adoptée, en médecine vétérinaire, que depuis quelques années à peine.

Ce n'est pas cependant que les affections dont il s'agit se présentent rarement chez les animaux; mais un certain nombre d'entre elles étaient passées inaperçues jusqu'à ces derniers temps, tandis que d'autres avaient été méconnues dans leur nature et décrites sous des noms divers.

Il est permis de penser, *à priori*, que le revêtement pileux, toujours plus ou moins abondant chez nos mammifères domestiques, doit fournir une proie facile aux épiphytes; et cette opinion est en effet appuyée par les observations de chaque jour. On sait même aujourd'hui que les plumes des oiseaux ne sont pas exemptes des altérations causées par ces parasites.

Les affections cutanées parasitaires jusqu'à présent signalées chez les animaux comprennent, outre la *teigne tonsurante*, — le *favus*, qui a surtout été bien étudié par M. Saint Cyr, et qu'on a constaté sur le chat, le chien, le rat, la souris, le lapin, le cochon d'Inde et les oiseaux de basse cour(?);—une sorte de *pelade* parasitaire, observée par M. Mégnin sur des perroquets,—et diverses autres affections à l'occasion desquelles il n'a pas été fourni de documents suffisamment précis en ce qui concerne leur nature parasitaire.

Nous nous proposons, dans cet article, de présenter un résumé de l'histoire de la teigne tonsurante chez les animaux domestiques.

I. *Définition. Synonymie.* — La teigne tonsurante est l'affection cutanée déterminée sur l'homme et sur les animaux par des champignons parasites appartenant au genre *trichophyton*.

Les divers auteurs qui l'ont étudiée jusqu'à présent lui ont donné les noms de dartre croûteuse, dartre tonsurante contagieuse (Reynal), dartre cryptogamique, herpès tonsurant (Cazenave), trichomycose (Gerlach), trichophytie (Hardy, Lafosse), teigne tondante (Mahon), teigne tonsurante (Bazin). Les paysans de l'Auvergne l'appellent *anders* ou *indères* (Grognier), ceux du Limousin *anders* ou *endaï* (Lemaistre) et ceux du midi de la France *teigne* (Carrère), *brillants* (Rigal) ou *sous-brillants* (Houlez).

Les animaux sur lesquels on a rencontré, jusqu'à présent, cette maladie, sont le bœuf, le cheval, le chien, le chat, la chèvre, le mouton et le porc.

II. *Aperçu historique.*—Bien que Chabert ait confondu, sous le nom de dartres, diverses affections cutanées des animaux, et qu'il ait commis sur ce sujet de nombreuses erreurs, il est possible néanmoins qu'il ait observé la teigne tonsurante, car il parle d'une dartre de forme ronde, qui est contagieuse, dit-il, *comme toutes les gales et les dartres.*

Il nous paraît d'ailleurs incontestable que l'affection désignée par les anciens vétérinaires sous le nom de *dartre croûteuse* se rapporte, d'une manière générale, à la teigne tonsurante.

Ce n'est cependant qu'en 1820 qu'il est fait mention, pour la première fois, de la contagion de cette affection à l'espèce humaine. Un vétérinaire suisse, du canton de Zurich, Ernst, relate à cette époque le fait d'une jeune fille qui avait contracté l'herpès tonsurant en trayant une vache affectée de dartres dans la région du flanc.

En 1831, Grognier signale cette affection sur le bétail de l'Auvergne, et fait observer que les paysans la croient transmissible des vaches aux veaux et à l'homme.

Quelques années plus tard, en 1838, plusieurs vétérinaires, Lavergne, Carrère, Girou, rapportent divers exemples de contagion des dartres de l'espèce bovine et même du chien à l'homme. Des cas semblables sont signalés vers la même époque en Allemagne par Köllreuter (1836), le docteur Fehr (1838), Hintermüller, Epple (1839) et Rademacher (1842).

En 1845, Houlez (de Sorèze), fait à la Société médicale de Toulouse, une communication sur le même sujet.

En 1846, l'Allemand Höring, médecin de régiment, observe un fait de contagion d'un bœuf à trois autres, ainsi qu'aux deux fils et à la fille du propriétaire chargés de les soigner. Le docteur Hafner rapporte la même année un cas tout à fait analogue; et, en 1851, Cazenave montre à ses élèves un herpès circiné, développé sur la joue d'un homme qui avait porté sur ses épaules un veau *dartreux;* il faut dire cependant que cette circonstance étiologique n'avait pas frappé le maître.

En 1849, une vache achetée par la commission instituée pour l'étude de la péripneumonie, communique l'herpès circiné au vacher, à une femme et à une petite fille.

Malherbe et Letenneur (de Nantes), dans un important mémoire publié en 1851, indiquent aussi, d'une manière certaine, la transmission de cette affection des animaux entre eux et à l'homme, fait bien connu des paysans de la Vendée; mais Malherbe nie l'existence d'un champignon parasite, et Letenneur, quoique moins absolu, considère que cet organisme n'offre aucune importance au point de vue étiologique.

En 1852, Reynal constate, avec Bouley jeune, la contagion du cheval au cheval et du cheval à l'homme. Il s'agit, dans ce cas, d'un cheval de remonte, arrivé récemment du dépôt de Caen à la caserne de gendarmerie de la Seine, et qui communique une affection cutanée dont il est atteint à son arrivée, d'abord à son voisin, et successivement à sept chevaux de la même écurie. Les gendarmes eux-mêmes se trouvent contaminés, et l'un d'eux communique à sa femme et à sa fille cette affection, que Bazin reconnaît être analogue à l'herpès tonsurant de l'homme, à cette différence près que les spores et les tubes de mycélium présentent des dimensions plus restreintes. — Deux des chevaux sont envoyés à l'école d'Alfort, où ils transmettent la maladie à deux autres chevaux et à deux veaux, ainsi qu'à un palefrenier et à l'élève chargés de les soigner.

En 1856, Chandeley, dans Saône-et-Loire, observe encore la transmission des *dartres* du bœuf à un homme et à sa fille, et en 1859, Macorps, en Belgique, signale des faits analogues, de même qu'en Allemagne le docteur Sautlus Il faut encore noter les faits rapportés par Lemaistre (de Limoges) et par Gallico. et les importantes recherches faites par Cramoisy, élève de Bazin, ainsi que par Bazin et Deffis, en 1857 et 1858.

En 1857 Gerlach en Allemagne et Reynal en France font une étude assez complète de la maladie, avec nombreuses expériences sur la contagion, et Gerlach, en particulier, démontre de la manière la plus nette que la maladie est due au développement du trichophyton; en 1859, le même auteur étudie l'affection sur le chien.

En 1872, G. Fleming relate un nouveau cas de transmission de la maladie du cheval à l'homme, et E. Perroncito, un cas de contagion du bœuf à un agneau.

Enfin, en 1874, Horand, Vincens, Lancereaux et Michelson font connaître des faits nouveaux et intéressants, relatifs à la transmission de la maladie de l'homme au chien et au chat; du cheval, du bœuf, du chien et peut-être du chat à l'homme.

Les observations et expériences les plus récentes sur cette matière sont dues à M. Mégnin.

III. *Distribution géographique.* — La maladie, qui paraît s'observer à peu près dans toutes les contrées, se montre cependant plus fréquente dans quelques régions, en Vendée par exemple, comme en Bretagne, en Normandie et en Hollande. Sur certains points, du reste, elle paraît s'attaquer de préférence aux chevaux, tandis qu'ailleurs elle sévit plus spécialement sur les bêtes bovines. C'est ainsi que, d'après G. Fleming, elle est très commune sur le bétail des colonies anglaises de l'Australie, tandis qu'elle ne s'y montre que rarement sur les chevaux.

Parfois, elle prend même une extension assez considérable, et revêt un caractère quasi-épizootique. Tels sont les cas signalés par le Dr Fehr dans les environs d'Andelfingen (à moins que ces cas ne se rapportent à une gale sarcoptique, ce qui n'est pas impossible), par le professeur Papa en Savoie, par Macorps en Belgique et par Gigard à Lyon.

Il serait sans doute intéressant de faire une étude comparée de la géographie des teignes de l'homme et des animaux; mais un tel travail offre de nombreuses difficultés, et nous ne pensons pas que rien ait jamais été tenté dans ce sens.

IV. *Etiologie.* — La teigne tonsurante reconnaît une cause déterminante unique : le parasite, auquel Malmsten a donné le nom de *trichophyton tonsurans.*

Existe-t-il cependant une prédisposition, et quels en sont les éléments?

En mettant de côté les circonstances banales (saisons extrêmes, etc.), on a remarqué généralement que *l'âge* des animaux a une certaine influence sur le développement de la maladie. Ainsi, elle se développe de préférence sur les animaux jeunes, et même sur ceux qui sont encore à la mamelle. Les veaux surtout prennent la teigne avec la plus grande facilité, tandis que les sujets âgés sont souvent réfractaires. De même, les jeunes chevaux en sont souvent atteints, et les vétérinaires militaires peuvent en constater de fréquents exemples au moment des achats de la remonte.

Sur le chien et le chat, Horand n'a pu réussir à contaminer que des animaux très jeunes.

On a prétendu aussi que les animaux chétifs, malingres, épuisés, mal nourris, contractaient plus facilement la maladie; mais ces diverses influences ont surtout été mises en avant à l'époque où l'on ignorait la nature de la maladie, et n'ont probablement qu'une influence prédisposante très faible, sinon nulle.

Enfin, on a souvent accusé les mauvais soins donnés aux animaux; et en effet, la maladie paraît plus commune dans les contrées où les

animaux sont mal entretenus ; mais il est à peine utile de faire remarquer que cette cause est liée intimement à la contagion.

*Contagion.* — La contagion peut s'effectuer suivant divers modes : elle peut être *directe*, c'est-à-dire avoir lieu par le contact même des animaux, ou *médiate*, par l'intermédiaire des objets de pansage, etc. ; enfin elle peut se faire *à distance*, par le transport du parasite au sein de l'atmosphère. Il est facile de comprendre que, dans les conditions ordinaires, cette contagion soit très fréquente, puisque le séjour des animaux à l'étable, ou leurs fréquents et prochains rapports dans les pâturages doivent les y exposer sans cesse.

D'ailleurs, des expériences fort intéressantes ont été tentées pour résoudre la question de la contagion, et sont venues s'ajouter aux nombreux faits d'observation que nous avons signalés plus haut.

Nous ne rappellerons pas, bien entendu, toutes ces observations, nous donnerons seulement le résumé des faits expérimentaux.

*a) Contagion des bêtes bovines aux bêtes bovines.* — Gerlach a fait des expériences nombreuses et variées pour constater les propriétés contagieuses de l'affection entre animaux de l'espèce bovine. Dans toutes ces expériences, les croûtes prises sur des animaux affectés de tondante étaient divisées au moyen des doigts, et déposées, après quelques légères frictions, sous le poil d'animaux d'âge varié. Les sujets âgés se montraient réfractaires à la contagion, qui se manifestait au contraire, avec une très grande facilité sur les animaux d'un à deux ans et particulièrement sur les veaux. La contagion était plus certaine encore lorsqu'on avait soin d'humecter la peau, ou de la gratter, ou de la scarifier légèrement. De plus, chose remarquable, quelle que fût la disposition de la surface inoculée, fût-elle même longitudinale, la lésion produite manifestait constamment la tendance à prendre une forme circulaire, et constituait même un cercle véritable, à moins que le sillon d'inoculation n'occupât une trop grande étendue. Dans tous les cas, l'éruption se manifestait dans la quinzaine.

Gerlach a même tenté la réinoculation sur des parties dénudées par une première éruption : les résultats ont toujours été négatifs, tandis qu'une éruption nouvelle s'est produite, avec une intensité relativement faible toutefois, dans les points où les poils avaient repoussé partiellement ou avec toute leur longueur.

Pour démontrer que la contagion doit être attribuée exclusivement au champignon, Gerlach a inoculé le sang recueilli par la scarification d'une plaque teigneuse, ainsi que la sérosité sanguinolente puisée sous une croûte bien formée, et même les squames développées après la chute de la croûte, mais ne contenant plus de champignons. Dans au-

cun cas, l'inoculation n'a été suivie du développement de la maladie.

Tels sont, brièvement résumés, les résultats des remarquables expériences instituées par Gerlach à l'Ecole vétérinaire de Berlin, et qui résolvent, d'une manière indiscutable, la question de la contagiosité de la teigne tonsurante des bêtes bovines.

*b) Des bêtes bovines au cheval.* — Gerlach a fait également des essais de transmission du bœuf au cheval. Les effets de la contagion se manifestent au bout de 8 à 10 jours ; mais les croûtes sont moins épaisses que sur les bêtes bovines, et ne contiennent que de rares champignons ; de plus, les poils ne se cassent pas.

*c) Des bêtes bovines au chien.* — Pour que l'inoculation réussisse, il est nécessaire qu'elle soit précédée de légères scarifications et de la destruction de l'épiderme ; d'ailleurs, les lésions, qui se manifestent au bout de 6 à 8 jours, s'étendent peu et disparaissent rapidement ; enfin, on ne retrouve pas de champignons dans les croûtes.

Ajoutons que Gerlach a tenté vainement l'inoculation de la teigne du bœuf au mouton et au porc, et que nous l'avons de même inoculée sans succès au lapin. Cependant, on a constaté dans quelques cas fort rares, du reste, la contagion au mouton et au porc.

*d) Des bêtes bovines à l'homme.* — Les faits d'observation que nous avons cités à ce sujet sont fort nombreux ; mais la question a été en outre résolue expérimentalement par Gerlach et Bœrensprung. Des inoculations nombreuses ont été faites par Gerlach sur lui-même et sur un certain nombre de ses élèves, et par Bœrensprung également sur lui-même, avec un succès constant. Les inoculations toutefois n'ont jamais porté sur le cuir chevelu, par crainte du développement d'une affection rebelle, et, sur la peau du bras, où elles ont été faites de préférence, elles ont toujours donné lieu à un *herpès circiné* plus ou moins bien dessiné, débutant au bout de 7 à 14 jours.

*e) Du cheval au cheval.* — Le fait observé par Bouley jeune en 1852 paraît être le premier cas de cette nature qui ait été signalé. Du reste, Reynal a démontré que la transmission s'effectue facilement par l'intermédiaire des étrilles, brosses, bouchons et couvertures qui ont servi aux animaux affectés.

*f) Du cheval aux bêtes bovines.* — Les expériences précédentes ont porté également sur des vaches et des veaux, qui se sont trouvés atteints aussi bien que les chevaux eux-mêmes.

*g) Du cheval à l'homme.* — La preuve de cette transmission est donnée par les faits rapportés plus haut, et constatés à la gendarmerie de la Seine et à l'Ecole d'Alfort, ainsi que par les observations de G. Fleming et de Gallico. D'ailleurs, M. Mégnin a fait sur lui-même, avec

le trichophyton du cheval, une expérience analogue à celles de Gerlach et de Bœrensprung, relatées plus haut : par le simple frottement d'une croûte d'herpès tonsurant du cheval sur son avant-bras, il a vu se développer un anneau d'herpès circiné, qui a disparu spontanément au bout de trois semaines, après avoir acquis la dimension d'une pièce de deux francs.

Du cheval aux autres animaux, les inoculations n'ont été tentées que très rarement ; nous n'avons obtenu, par exemple, aucun succès sur le lapin.

*h*) Nous nous bornerons à ajouter que la contagion a été signalée aussi comme pouvant s'effectuer du chien et du chat (?) à l'homme, ainsi que du chien au chien et au cheval, mais non au bœuf.

Réciproquement, l'inoculation du trichophyton de l'homme a été faite avec succès sur de jeunes chiens et de jeunes chats, mais elle n'a pas réussi sur les souris et les rats (Horand et Vincens).

Enfin, la rétro-inoculation de l'homme (contaminé par le bœuf) au bœuf a été suivie du développement constant de la teigne.

*Vitalité du parasite.*— Dans les expériences entreprises par Gerlach pour étudier la contagion du bœuf au bœuf, des croûtes recueillies à l'automne dans des capsules de papier et conservées dans un cabinet de travail, ont été inoculées à des intervalles déterminés. Après 3 mois, l'inoculation ne réussit déjà plus sur la peau non préparée, mais elle est encore suivie de succès à cette époque et même au bout de 6 mois lorsqu'on a recours aux scarifications. Toutefois, il est à peine utile de faire remarquer que ces expériences sont incomplètes à bien des points de vue, et qu'il serait du plus grand intérêt de déterminer, par exemple, quelle peut être l'influence de la température, de divers agents, etc., sur la conservation des facultés germinatives du champignon.

V. *Symptômes.* — Les symptômes de la teigne tonsurante sont assez différents, suivant l'espèce animale qui en est affectée, pour qu'il soit utile d'en faire une exposition séparée.

*a*) *Sur le cheval.* — Les régions du corps qui sont de préférence le siège de la teigne tonsurante sont les côtes, la croupe, les flancs, le dos, les reins et les parties latérales de l'encolure. Ce sont, en effet, les points les plus exposés à l'action des instruments de pansage qui, constituent bien évidemment, dans l'espèce dont il s'agit, les principaux agents de la contagion.

En raison de l'abondance de la fourrure, ainsi que de l'épaisseur et de la pigmentation de la peau, les premiers effets de l'inoculation du trichophyton passent inaperçus. Même lorsque l'attention est attirée sur un animal par le développement successif des lésions, ou lorsqu'on

pratique des inoculations expérimentales, il est extrêmement difficile de saisir les phénomènes primitifs de l'éruption.

Le premier fait qui frappe l'attention, en pareil cas, est l'apparition de petites plaques circulaires ayant environ le diamètre d'une pièce de 1 franc, et formant des sortes de taches sur le reste de la robe. Ces plaques sont produites par le hérissement des poils, qui sont moins lisses qu'à l'état normal et que dans les points environnants.

Au bout de quelques jours survient la chute des poils, et c'est là le plus souvent le premier symptôme que l'on puisse constater. Comme le fait remarquer M. Mégnin, cette chute est souvent provoquée par l'action des instruments de pansage, et ce sont les poils de la périphérie de la plaque qui tombent d'abord, de telle sorte que l'on voit ainsi se former des sortes d'anneaux, à vrai dire incomplets et irréguliers pour la plupart. Ces poils, du reste, ne sont pas entiers, mais brisés à une très petite distance du niveau de l'épiderme, et il est facile de constater que l'extrémité brisée est toujours irrégulière, et présente tous les caractères de la *cassure en balai*, telle qu'on l'observe sur les cheveux de l'homme affecté de tondante.

Les anneaux ne tardent pas à se transformer en cercles complets par suite de la chute de l'épiderme de la partie centrale, qui paraît se ramollir, et entraîne avec lui des poils également brisés.

La surface ainsi mise à nu présente une teinte gris foncé et se montre plus ou moins humide, ce qui a pu faire supposer qu'il existait au préalable, à ce niveau, des vésicules qui se sont rupturées; mais l'existence de ces vésicules n'a jamais été démontrée, et l'on ne peut conséquemment affirmer que l'affection se présente d'abord sous la forme d'*herpès*.

Dans la plupart des cas, la plaque dénudée ne tarde pas à se dessécher; elle se recouvre alors de squames épidermiques d'épaisseur variable, constituant, dans leur ensemble, des sortes de croûtes, qui avaient précisément fait donner à l'affection le nom de dartre croûteuse, adopté par les anciens vétérinaires. Ces croûtes se renouvellent avec la plus grande facilité et dans un temps relativement court.

En même temps, la lésion s'étend à la périphérie, et les plaques acquièrent le diamètre d'une pièce de dix centimes et jusqu'à celui d'une pièce de cinq francs, rarement plus. Les poils se brisent peu à peu dans les mêmes conditions que nous avons signalées dès le début, de telle sorte que les caractères primitifs se retrouvent seulement sur la limite des plaques.

Dans la règle, le parasite ne s'étend pas indéfiniment; la plaque qui a acquis les dimensions que nous venons d'indiquer se guérit sponta-

nément; les croûtes cessent de se former, et il reste une surface complètement glabre, sèche, chagrinée, d'une coloration gris ardoisé, de laquelle se détachent très facilement quelques squames épidermiques blanchâtres.

Mais, en même temps que la guérison s'opère sur un point, de nouvelles plaques apparaissent sur d'autres, parfois à une petite distance. On a dit que ces plaques ne se confondent jamais. C'est, en effet, le cas le plus ordinaire; mais il n'est pas impossible cependant, — et nous avons observé un cas de cette nature, — que des plaques confluentes se réunissent pour constituer une vaste surface teigneuse, dont la guérison est alors des plus difficiles à obtenir.

On a signalé parfois aussi (Fleming) une forme circinée, par opposition à la forme nummulaire précédente; elle est due simplement à la guérison rapide de la partie centrale de la plaque, alors que l'affection gagne encore à la périphérie.

Le *prurit* fait à peu près complètement défaut chez le cheval affecté de tondante; on observe bien des mouvements de satisfaction de la part de l'animal lorsqu'on gratte légèrement les plaques, mais ceci est dû plutôt à l'état du tégument qu'à un besoin de frottement éprouvé par l'animal.

*b*) *Sur les bêtes bovines.* — La marche générale de l'affection est à peu près identique à ce que nous avons décrit relativement au cheval; toutefois, les symptômes présentent quelques particularités qui méritent d'être signalées.

Les régions du corps le plus fréquemment affectées sont la tête, le cou et les parties supérieures du tronc, et en général, les points où la peau présente une assez grande épaisseur. D'après Spinola, les dartres ne se développeraient, dans une étable, que sur les parties du corps directement exposées à l'influence de la lumière. Gerlach conteste formellement cette opinion.

L'éruption débute presque constamment par une petite élevure, plus rarement par un simple hérissement des poils; à ce niveau, il se forme rapidement des strates épidermiques très épaisses; puis la lésion s'étend lentement du centre à la périphérie, en même temps que de nouvelles plaques se produisent; elles peuvent acquérir un diamètre souvent plus considérable que chez le cheval, et se réunir par le fait de leur groupement ou des frottements exercés par les animaux.

Gerlach a démontré que la couleur, l'épaisseur et la consistance des squames épidermiques et de la croûte, varient considérablement suivant l'épaisseur et la couleur du tégument. Tantôt, par exemple, la

croûte est grisâtre et d'aspect fibreux : c'est ce qu'on observe sur la peau fortement pigmentée; tantôt au contraire, elle est plus mince et d'une teinte jaunâtre, comme on le voit sur une peau blanche.

D'après le même auteur, au niveau de la croûte, les poils *foncés* se brisent, tandis que les poils *blancs* ne subissent que rarement le même sort, de telle sorte qu'un certain nombre d'entre eux surmontent toujours la croûte jaunâtre, et que les peaux blanches ne paraissent jamais tonsurées.

En effet, les sporules végètent d'abord dans le follicule et dans les couches épidermiques superficielles, de telle sorte qu'on les rencontre abondamment dans les croûtes. Lorsqu'elles irritent fortement le follicule, le poil se trouve simplement déraciné; mais si l'irritation première est moindre, les champignons pénètrent dans l'intérieur du poil et s'y infiltrent, en quelque sorte, d'où résulte la cassure irrégulière que nous avons indiquée. « Dans les peaux blanches, fines, dit Gerlach, l'exsudation l'emporte sur la végétation des cellules épidermiques; la croûte jaunâtre, lamelleuse qui en est la conséquence atteint rarement l'épaisseur de celle qui couvre la peau noire; les poils, moins profondément situés, se laissent plus facilement déraciner..... Il faut attribuer à cette circonstance le fait que les champignons s'insinuent bien moins souvent dans les poils, et qu'ils ne sont jamais assez nombreux pour les rendre fragiles. »

La croûte adhère toujours plus ou moins intimement aux parties sous-jacentes; elle se détache progressivement, et laisse se produire au-dessous d'elle une exsudation plus ou moins abondante, qui parfois y adhère, mais forme le plus souvent une croûte nouvelle, non parasitaire, après la chute de la première.

Le *prurit* se manifeste chez le bœuf d'une manière beaucoup plus nette que chez le cheval, bien qu'en aucun cas il n'offre la même intensité que dans le cas de gale, par exemple; il est, du reste, plus accusé dans le début et dans la période terminale de la maladie.

c) *Chez les autres animaux.* — Il n'y a guère que le chien, parmi les autres animaux domestiques, sur lequel on puisse constater la teigne tonsurante en dehors des conditions expérimentales. Encore les auteurs français sont-ils absolument muets sur ce point : les données que nous possédons à ce sujet nous ont été fournies par les Allemands.

Je passe sous silence les cas signalés sur le chat, la chèvre, le mouton et le porc, parce qu'ils sont tout à fait exceptionnels.

Les symptômes observés sur le chien sont assez variables suivant la race des animaux ainsi que suivant la structure et la couleur de la peau

et des poils. La marche générale est la même : les croûtes ne tardent pas à se former et l'on trouve au-dessous, une surface sèche ou humide, tantôt complètement glabre, tantôt garnie de poils brisés près de leur base. La forme primitive est toujours la forme nummulaire, mais il est rare qu'elle persiste, en raison de l'extension irrégulière que prennent les lésions par le fait des morsures, des frottements etc., des animaux.

VI. *Marche, durée et terminaison.* — Chez le cheval et chez le bœuf, la marche est en général progressive pendant un temps déterminé; puis l'affection s'atténue peu à peu, et souvent ne tarde pas à se guérir spontanément. Chez le chien, au contraire, on n'a pas encore signalé de cas de guérison spontanée.

La durée de la teigne chez le cheval est en moyenne de quarante à cinquante jours; cependant il n'est pas rare de la voir se prolonger plus longtemps.

Chez le bœuf, la guérison ne survient souvent qu'au bout de six semaines à trois mois, du moins chez les animaux un peu âgés; chez les veaux, l'affection est beaucoup plus tenace, et la guérison spontanée ne survient qu'au bout d'un temps toujours fort long.

Mais ce qui complique la marche de la teigne, c'est l'apparition, très fréquente chez les jeunes animaux, de nouvelles éruptions pendant que les plaques anciennes disparaissent; c'est ainsi que l'affection peut se prolonger, selon Gerlach, de six mois à un an.

D'ailleurs, les conditions dans lesquelles sont entretenus les animaux ont une influence considérable sur la durée de la maladie : lorsque les animaux sont en liberté dans les pâturages, qu'ils sont soumis à un bon régime, qu'ils sont pansés, s'il s'agit de chevaux, la guérison survient en général assez rapidement.

Du reste, au printemps, c'est-à-dire à l'époque de la mue, la teigne, comme plusieurs maladies de la peau des animaux, manifeste une tendance à la guérison.

De même sous l'influence des intempéries atmosphériques, qui ont probablement pour effet de contrarier l'évolution des cryptogames.

L'application d'exutoires, selon Reynal, de même que le développement de la gourme, serait capable d'enrayer la marche de la maladie. La première de ces assertions demanderait à être vérifiée. La seconde nous paraît plus admissible, vu les relations, encore peu connues cependant, qui doivent exister entre cette maladie et les mues si abondantes des jeunes animaux.

Enfin, on peut ajouter avec M. Colin qu'un traitement *quelconque*, parût-il même fort peu rationnel, abrège la durée de la tondante : ce

fait est tout à fait contraire à ce qui est signalé par Bazin pour la tondante de l'homme.

Une fois les plaques desquamées, les poils ne tardent pas à se reproduire, et, si peu avancé que soit leur développement, il est impossible de confondre les surfaces guéries avec les plaques malades, par suite de l'aspect des poils, qui ne se montrent jamais cassés. — Le poil nouveau repousse plus fin et avec une teinte sombre qui tranche légèrement sur le reste de la robe.

VII. *Identité.* — En présence des symptômes qui viennent d'être indiqués, une question se pose immédiatement : la teigne tonsurante est-elle identique dans sa nature chez les différentes espèces animales qui en sont affectées ?

Cette question a déjà été soulevée à plusieurs reprises, et n'a pas reçu encore de solution complète.

En examinant les chevaux des gendarmes de la Seine en 1852, Bazin avait reconnu que « les sporules et les fils » du champignon, quoique analogues aux mêmes produits de l'herpès tonsurant de l'homme, avaient des dimensions moindres.

Les spores du trichophyton du chien ont, d'autre part, été trouvées plus grandes que celles provenant du cheval, mais plus petites que celles provenant du bœuf.

Enfin, les spores du trichophyton du bœuf ont été indiquées comme présentant des dimensions supérieures aussi à celles du cheval, parfois même doubles selon M. Mégnin ; de plus, d'après cet auteur, celles du bœuf sont légèrement jaunâtres, tandis que les autres sont grisâtres.

Ces différences sont-elles suffisantes pour faire admettre l'existence de champignons spécifiquement distincts, déterminant chacun une affection spéciale ? Il faudrait, pour résoudre cette question, de nombreuses et difficiles expériences, sans compter qu'on se trouve ici en face de l'éternelle question de l'*espèce* et de la *race !*

Rivolta trouve identiques les trichophytons du cheval et du bœuf, et admet que les différences observées par quelques auteurs doivent être regardées « comme un effet du substratum offert par l'organisme sur lequel végétait le champignon ».

M. Mégnin, au contraire, pense que les champignons sont différents dans leur nature et dans leur mode d'action ; selon lui, le trichophyton du cheval, — qui a les mêmes caractères que celui qui végète sur le chien et sur le chat, — pourrait conserver le nom de *trichophyton tonsurans*, tandis que celui du veau devrait s'appeler *trichophyton depilans*. Ce dernier végéterait surtout dans les follicules et dans les couches épidermiques, de manière à enflammer le derme et à amener ainsi la chute

complète du poil; tandis que celui du cheval s'introduirait entre les fibres dissociées, ce qui faciliterait la brisure du poil; d'où des différences dans les caractères cliniques de l'affection, différences qui se trouvent reproduites même par l'inoculation au cheval de trichophyton provenant, d'une part, du cheval et d'autre part, du bœuf. Nous pouvons, de plus, rappeler ici que d'après les expériences de Gerlach, dans la teigne d'origine bovine développée sur le cheval, *les poils ne se cassent pas.*

Les différents arguments invoqués par M. Mégnin pour établir deux espèces de trichophyton (différences de dimensions, de couleur, d'action et de résistance aux traitements) ont certainement une grande valeur; mais ils peuvent pourtant paraître insuffisants, et le petit nombre d'expériences qui ont été faites pour éclairer cette question laisse encore un doute dans l'esprit.

En effet, E. Perroncito a constaté que suivant les espèces, les individus et même les parties (épiderme, poil), sur lesquels végète un champignon, le diamètre des spores est susceptible de varier.

De plus, le mode de végétation indiqué par M. Mégnin n'est pas constant: M. Nocard et moi, nous avons parfaitement observé des spores dans des poils de la teigne du veau, fait qui concorde, du reste, avec les descriptions données par Gerlach. Nous pensons donc que M. Mégnin n'a pas suffisamment tenu compte des particularités signalées par l'auteur allemand touchant les modifications dues à la pigmentation de la peau et à la coloration des poils.

Aussi sommes-nous d'avis qu'il est sage d'attendre, avant de se prononcer d'une manière définitive, les résultats de nouvelles expériences. On pourrait, dans tous les cas, appliquer à ces champignons la classification adoptée par M. Mégnin pour les acariens parasites de l'homme et des animaux, en les considérant provisoirement comme des variétés caractérisées surtout par l'habitat.

VIII. *Diagnostic.* — La teigne tonsurante, chez les animaux, est, en général, facile à distinguer des autres affections cutanées. La forme nummulaire, ou, plus rarement, circinée, des lésions, leur extension à la périphérie, l'aspect des croûtes, la cassure des poils, et, enfin, la présence du parasite, sont autant d'éléments qui assurent le diagnostic.

Il existe bien, chez le cheval et chez le bœuf, quelques affections dartreuses qui offrent une certaine ressemblance avec les lésions de la tondante, particulièrement en raison de leur forme; mais l'aspect des croûtes et surtout des poils, qui tombent entiers et non brisés, permettent le plus souvent à première vue d'établir la distinction.

Sur le chien, la confusion peut être faite quelquefois,— surtout lorsque les lésions primitives ont été modifiées par les morsures et les frot-

tements, — avec une affection eczémateuse très fréquente chez cet animal. En pareil cas, l'examen microscopique est souvent nécessaire pour déterminer la nature des lésions. — Il est beaucoup plus aisé de distinguer la tondante de la gale folliculaire, qui se présente parfois sous la forme circinée, mais dont le parasite est facile à découvrir, et enfin de la teigne faveuse, dont les godets sont d'ordinaire bien caractéristiques.

L'examen miscroscopique, qui constitue l'élément le plus certain du diagnostic, doit être pratiqué avec un grossissement de 300 diamètres environ, et peut porter sur les croûtes et sur les poils.

On choisit de préférence les squames les moins altérées, on les soumet à l'action de l'ammoniaque, qui permet une dissociation plus facile, et enfin on monte la préparation dans la glycérine. Dans tous les cas, il faut éviter de s'adresser à des plaques irritées par un traitement préalable.

On trouve dans les croûtes des amas souvent considérables de spores, disposées parfois en séries linéaires simples ou bifurquées, d'autres fois isolées ou réunies en masses irrégulières. On y trouve aussi des tubes de mycélium, sous forme de filaments courts, à contours obscurs, et marqués de stries qui accusent la présence des sporules. (Gerlach, Delafond.)

Nous n'avons jamais trouvé de mycélium dans les poils de cheval et de veau que nous avons examinés : le champignon s'est présenté exclusivement sous la forme de spores.

IX. *Pronostic.* — Considérée en elle-même, indépendamment de ses propriétés contagieuses, la teigne tonsurante des animaux est le plus souvent une affection bénigne, qui se guérit facilement, et souvent même d'une manière spontanée. Il y a cependant, comme nous l'avons déjà fait remarquer, une différence à établir entre les animaux adultes et les jeunes. Sur ceux-ci, et particulièrement sur les veaux, l'affection résiste davantage aux moyens de traitement, et peut se prolonger pendant une année, et peut-être même au delà. Enfin, sur le chien, avons-nous dit, on ne paraît pas avoir encore observé la guérison spontanée.

Toutefois, dans aucun cas, la teigne tonsurante ne porte atteinte à la santé générale.

Mais, ce qui constitue sa gravité, c'est la facilité avec laquelle elle se transmet des animaux entre eux et à l'homme surtout, chez qui elle peut acquérir, comme on le sait, une certaine gravité. Aussi importe-t-il d'en débarrasser les animaux le plus promptement possible.

X. *Traitement.* — D'après ce qui vient d'être exposé, les soins hygiéniques doivent occuper le premier rang dans le traitement de la teigne tonsurante chez les animaux, traitement qui, d'autre part, n'est jamais bien compliqué.

Il s'agit, en premier lieu, de faire le pansage complet des animaux affectés, en dehors des écuries ou des étables, bien entendu, et à l'aide d'instruments qui leur seront exclusivement consacrés.

Dans certains cas, cependant, si les plaques sont assez discrètes, on peut chercher à éviter la propagation du parasite par le pansage, et se contenter de racler la croûte avec précaution, de l'enlever complètement ainsi que les poils brisés, et de brûler immédiatement le tout. M. Mégnin dit avoir guéri radicalement beaucoup de jeunes chevaux par ce simple procédé, auquel on peut adjoindre une application médicamenteuse localisée.

D'autres fois, il peut être avantageux de recourir à la tonte générale, que l'on fait suivre de lavages alcalins.

Nous avons déjà eu l'occasion de dire que la plupart des topiques peuvent être employés avec succès dans le traitement de la tondante. Néanmoins, il est préférable, dans tous les cas, d'avoir recours aux moyens énergiques.

On a recommandé plus spécialement : la solution de sublimé corrosif au centième, légèrement alcoolisée, la glycérine phéniquée, la teinture de baume du Pérou, l'alcool pur, le pétrole, l'huile de cade, le goudron, la pommade mercurielle, la pommade de précipité blanc, l'égyptiac, etc. etc.

Ces divers médicaments ont en général pour effet d'arrêter immédiatement les progrès de la maladie, et d'amener une guérison rapide.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

CHABERT. *Traité de la gale et des dartres des animaux.* Paris, 1783, p. 8. — ERNST. *Archiv fur Thierheilkunde von der Gesellschaft schweizerischer Thierærzte*, 1820. — GROGNIER. Recherches sur le bétail de la Haute-Auvergne, 1831. — KÖLLREUTER. *Medic. Correspondenzblatt von* 1836, n° 26. — LAVERGNE. De la transmission de quelques maladies des animaux à l'homme. *Journ. des vét. du midi*, 1838, p. 52. — LAVERGNE, CARRÈRE, GIROU et SOULÉ. Nouveaux cas de transmission de la gale et de dartres des animaux à l'homme. *Id.*, 1838, p. 237.— HERING. *Flechten gehen vom Rindvich auf den Menschen und von diesem wieder auf Rindvich über* (Cas de Epple, Dr Fehr, Hintermüller, Köllreuter). *Repertorium der Thierheilkunde*, 1840, p. 139. — GELLÉ. *Pathologie bovine*, 1841, t. III, p. 349, —VERHEYEN. Transmission de quelques maladies des animaux à l'homme (Cas de Rigal). *Journ. vétérin. de Belgique*, 1842, p. 321. — LAFORE. *Traité des maladies particulières aux grands ruminants*, 1843, p. 319. — RADEMACHER. *Wahrscheinliche Uebertragung der Raudekrankheit vom Rindvich auf Menchen. Veter. Sanit. Ber. d. k. Regier. zu Coblenz pro Istes quartal* 1842. *Magazin fur die gesammte Thierheilkunde*, 1844, p. 112. — HÖRING. *Medic. Corres-*

pondenzblatt des wurtemb. arztl Vereins, 1846, n° 19. — CAZENAVE. *Annales des maladies de la peau*, 14 mai 1851. — MALHERBE. Études cliniques sur l'herpès tonsurant (p. 298), suivies de réflexions sur l'herpès tonsurant et d'une note sur le porrigo scutulata, par M. LETENNEUR (p. 310); *in Journ. de la sect. de méd. du départ. de la Loire-Infér.* Nantes, 1851. — ROBIN. *Histoire nat. des végét. parasites.* 1853, p. 422. — BAZIN. *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*, 1853. — LOWAK. *Flechtenausschlag bei Kalbern. Magaz.* 1853, p. 284. — MAHIEUX. Herpès parasitaire ou dermophytique. *Monit. des hôpit.* 1855, p. 1174. — CRAMOISY. Des affections déterminées chez l'homme et les animaux par le trichophyton, th. inaug. Paris, 1856. — Dr CHANDELEY. Maladie cutanée de nature douteuse, transmise du bœuf à l'homme. — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.* n° 28, t. III, 1856. — Reproduit *in Ann. de méd. vét.* 1856, p. 351. — Dr SAUTLUS. Psoriasis vitulina, *in Deutsche Klinik*, 1856. — GERLACH. *Die Flechte des Rindes* (avec planche). *Magazin fur die gesammte Thierheilkunde.* Berlin, 1857, p. 292. Traduit et analysé par Verheyen, *in Recueil de méd. vét.* 1859, p. 81 et 337. — BÆRENSPRUNG. *Annalen des Charité-Krankenhauses*, 1857. — DEFFIS. Lettre sur l'herpès et le sycosis. *Monit. des hôpit.* 1857. — REYNAL. Dartre tonsurante contagieuse. *Bullet. Acad. de méd.* 1857, p. 963, et 1858, p. 223. — REYNAL. Article « Dartres » du *Nouveau dictionn. vét.* de Bouley et Reynal, 1858. — BAZIN. *Leçons sur les affections cutanées parasitaires*, 1858; 2e éd. 1862. — Voir aussi *Monit. des hôpit.* 1857, p. 818.—LEMAISTRE (de Limoges). Transmission de l'*anders* du bœuf à l'homme, *Un. médic.* t. XII, 1858, n° 10, p. 38. — HOULEZ (de Sorèze). Cas de transmission de la dartre bovine à l'homme. *Revue méd.*, 31 août 1858. — GALLICO. *Osservazioni di erpese circinato communicato del cavallo al uomo. Gazz. med. ital. sard.* 1858. — MACORPS. Affection dartreuse épizootique. *Ann. De méd. vét.* 1859, p. 1. — GERLACH. *Flechte des Hundes.* Herpès canis (avec planche). *Magaz.* 1859, p. 244. — L. LAFOSSE. *Traité de Pathologie vét.* Toulouse, 1861, t. II, p. 228. — DELAFOND et BOURGUIGNON. *Traité de la psore de l'homme et des animaux*, 1862, p. 576. — FRATZER. *Dublin quaterl. Journal*, 1865.—RÖLL. *Manuel de Pathologie et de Thérapeutique des animaux domestiques*, traduit par Derache et Wehenkel. Paris et Bruxelles, 1869, t. I. 64 et t. II, p. 285. — GAMBERINI. *Manuele delle malattie cutanee.* Milano, 1871.—G. FLEMING. Cas de contagion du Ringworm du cheval à l'homme. *The Veterinarian*, mai 1872, p. 287.—E. PERRONCITO. *Il trichophyton tonsurans vegetante sopra un ovino. Annali della R. Accad. d'Agricolt. di Torino*, 1872.—GIGARD. Deux points de l'histoire du favus, th. inaug. Paris, 1872, n° 170.—HORAND. Onychomychosis et herpès circiné transmis à un enfant par un chien. *Lyon méd.* 1872, p. 469. — HARDY. Article « Herpès » du *Nouv. dict. de méd. et de chir. pratiq.* 1873, t. XVII, p. 648. — DESMON. Du favus et de l'herpès tonsurant chez les animaux; de leur transmission des animaux à l'homme et réciproquement. *Bordeaux méd.* 1873. — S. RIVOLTA. *Dei parasiti vegetali*, Torino 1873. — D. MOLLIÈRE. Transmission de l'herpès tonsurant (?) d'une dame à un chat. *Lyon méd.* 1873.—G. FLEMING. *A manual of veterinary sanitary science and police.* London 1873, vol. II, p. 464.—HORAND. Herpès tonsurant chez les animaux : inoculation positive. *Lyon méd.*, n° 19. 1874.— VINCENS. Recherches expérimentales pour servir à l'histoire de l'herpès tonsurant chez les animaux, th. inaug. Paris, 1874. — LANCEREAUX. Note sur la transmission de l'herpès circiné du chat à l'homme. (*Soc. méd. des hôp.* Paris, 2e série, t. XI, p. 126, 1874. — MICHELSON. Transmission à l'homme

d'herpès tonsurant par un chat à la fois tricophytique et galeux. *Berlin Klinik. Wochenschrift*, 1874. *Revue des sc. méd.* de Hayem, 1875, t. I, p. 198. — ZURN. *Die Schmarotzer auf und in dem Körper unserer Haussaugethiere, Zweiter Theil : Die Pflauzlichen Parasiten.* Weimar, 1874. — ZUNDEL. Article « Parasites » du Diction. vétér. de d'Arboval, 1875. — MÉGNIN. *Précis des maladies de la peau du cheval.* Paris, 1876, p. 19. — HORAND. Considérations sur les teignes. Extrait du discours d'install., *in Journ. de méd. vét.* de Lyon, 1876, p. 173; *Archives vét.* d'Alfort, 1876, p. 353. — MÉGNIN. Les teignes des animaux. *Bullet. Société centr. de méd. vét.*, *in Recueil de méd. vét.*, 1878, p. 205 et 331. *Archives génér. de méd.*, sept. 1878, p. 294. — E. PERRONCITO. *Nota sul trichophyton tonsurans. Torino*, 1878.

# REVUE GÉNÉRALE

## I

## REVUE GÉNÉRALE DE L'ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DE LA PEAU,

**Par ERNEST CHAMBARD,**

Ancien interne des hôpitaux, directeur du Laboratoire de la Faculté à l'Asile Sainte-Anne.

### PREMIÈRE PARTIE : ANATOMIE NORMALE.

*L. Ranvier*. Cours d'Anatomie générale au collège de France, année 1879. — *L. Ranvier*. Traité de Technique histologique. Article épiderme. — *L. Ranvier*. Leçons sur l'histologie du système nerveux, 1878. — *J. Renaut*. Système nerveux. Anatomie générale, dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1878. — *J. Ranvier*. Nouvelles recherches sur le mode d'union des cellules du corps muqueux de Malpighi. Comptes rendus de l'Académie des sciences. Séance du 28 octobre 1879. — *Sehrön. Journal de Moleschott*, 1865. — *Max Schultze*, *Archives de Virchow*, 1864. — *Bizzozero*, Analyse de *F. Boll*, dans le *Centralblat fur med. Wissenschaften*, 1871. — *L. Ranvier*. Sur une substance nouvelle de l'épiderme et sur le processus de kératinisation du revêtement épidermique. Comptes rendus de l'Académie des sciences. Séance du 30 juin 1879. — *E. Chambard*. Etude histologique des formes du xanthélasma cutané. *Archives de physiologie*, 1879. — *Cl. Bernard*. Leçons sur le diabète et la glycogenèse animale, 1877. — *Langerhans. Über Tastkörperchen und rete Malpighii* (*Arch. fur mikr. Anat.*, IX. 1873, p. 730. — *Langerhans. Archives de Virchow*, 1868, — *Poncet*. Recherches critiques et histologiques sur la terminaison des nerfs dans la conjonctive, *Archives de physiologie*, 1875. — *Pouchet et Tourneux. Traité d'Histologie*, 1877. — *Eberth. Arch. f. mik. Anat.* t. VI. — *Krohn. Th. Anat. in. med. Arch.*, 1876, p. 13. — *Couty*. Les terminaisons des nerfs dans la peau. Thèse d'agrégation 1878. (Section d'anatomie et de physiologie.) — *Drosdoff*. De la mensuration de l'épiderme dans les différentes parties du corps humain et des rapports entre son épaisseur et la sensibilité électro-cutanée. *Archives de physiologie*, 1879. — *Leyden. Untersuchungen über die sensibilitat in gesunden und kranken Zustande.* (*Virchow's-Arch.* XXXI, p. 1.) — *Kölliker Traité d'Embryologie*.

Depuis quelques années nous assistons en France à une renaissance de l'esprit scientifique appliqué aux sciences d'observation et aux

sciences expérimentales. Enfantées parmi nous, la plupart des grandes découvertes de ce siècle ont été poursuivies ailleurs jusque dans leurs dernières conséquences et souvent transformées à ce point que l'on était tenté d'en oublier l'origine. Si, dans notre pays, les observateurs de premier ordre ont toujours été aussi nombreux et aussi éminents que partout, nous avons été privés de cette classe de travailleurs plus modestes qui, par leurs patientes investigations, préparent les grandes découvertes et en fécondent les résultats ; aussi lorsque la multiplication des centres d'enseignement et la création de situations scientifiques convenables auront comblé cette lacune, n'aurons-nous plus rien à envier aux nations voisines. A cette renaissance, dont nous sommes heureux de constater les premiers effets, répondent pour le public savant des besoins nouveaux. C'est ce qu'ont compris les directeurs de ces Annales en étendant le cadre de leur publication et en y donnant place aux recherches de science pure, à côté des travaux d'un intérêt plus immédiatement pratique auxquelles elles avaient été surtout consacrées jusqu'ici.

Nous nous proposons, dans cet article, de mettre le lecteur au courant de l'anatomie normale histologique de la peau. Nous le ferons d'une manière succinte, glissant rapidement sur les points encore en litige, mettant surtout en lumière les faits bien constatés dont la connaissance est désormais indispensable à tout dermatologue et nous inspirant de préférence des plus récents travaux, parmi lesquels ceux de notre maître éminent, M. le professeur *Ranvier*, tiennent une si large place. Cette première partie de notre tâche remplie, nous passerons en revue, dans un prochain article, les travaux publiés en 1879, tant en France qu'à l'étranger, sur l'anatomie pathologique de la peau.

Il est impossible d'exposer d'une manière suffisante la structure d'un organe sans parler de son développement. Aussi dirons-nous quelques mots de celui du tégument externe ; nous étudierons ensuite son revêtement épidermique avec ses Annexes : poils, ongles, glandes sébacées et sudoripares ; enfin ce derme avec son substratum conjonctif, ses vaisseaux et ses nerfs, en insistant d'une manière un peu particulière sur les terminaisons nerveuses.

### *A. Développement du tégument externe.*

Les polypes hydraires dont l'hydre d'eau douce qui a fourni à *Tremblay* le sujet d'observations si intéressantes ont un corps sacriforme dont les parois sont composées de trois couches. L'endoderme,

le mésoderme et l'ectoderme. L'endoderme, simple lame épithéliale jouant le rôle de surface intestinale, ne nous occupera pas ici.

L'ectoderme nous offre, pour ainsi dire l'exemple d'une peau schématique et rudimentaire ; la plupart des cellules qui le composent sont de nature épidermique et servent de limite résistante au corps de l'animal, mais certaines se continuent par un prolongement avec les cellules du mésoderme qui sont contractiles et forment avec elles un système de cellules doubles ou géminées auxquelles *Kleinenberg* a donné le nom de cellules neuro-musculaires.

Le tégument externe de l'hydre nous offre donc un véritable système nerveux réduit à sa plus simple expression. Cet animal, en effet, n'a ni nerfs, ni centres nerveux, mais les éléments contractiles des parois de sa cavité centrale sont en relation avec le monde extérieur, par le prolongement sensitif extra-ectodermique, dont nous venons de parler, et cette disposition si singulière lui assure une sensibilité obscure qui suffit à sa protection et à la recherche de ses aliments.

Transportons-nous maintenant à l'autre extrémité de la série zoologique, chez les embryons de vertébrés, chez l'embryon de poulet, par exemple, objet commode et souvent mis à contribution pour les recherches embryologiques ; les parois du blastoderme se divisent en trois feuillets, interne ou inférieur, moyen, externe ou supérieur dont Remack a fait une étude si approfondie. Négligeons les deux premiers aux dépens desquels se formeront l'épithélium du canal intestinal et des glandes qui lui sont annexées (feuillet interne), la charpente osseuse, les masses musculaires, les vaisseaux, les troncs nerveux et le derme de la peau et des muqueuses (feuillet moyen) et bornons-nous à considérer le rôle du feuillet externe. Dès la 24e heure d'incubation, nous voyons s'y former un sillon (sillon dorsal) dont les lèvres se replieront plus tard et dont se sera séparé dès la 30e heure par un processus d'involution bien connu des embryologistes, le névraxe sur lequel devra se modeler tout le système nerveux central.

L'étude du développement du tégument externe dans la série animale nous permet donc d'arriver à cette conclusion que chez les animaux les plus inférieurs qui soient pourvus d'éléments nerveux distincts, ceux-ci sont mélangés aux éléments épidermiques et que la première fonction nerveuse qui apparaisse dans l'échelle des êtres est toute consacrée à leur protection contre les agents extérieurs. Ce n'est que plus haut que cette fonction se complique et qu'à cette complexité fonctionnelle répond une différenciation anatomique de plus en plus accusée dont on peut suivre tous les intermédiaires depuis l'hydre d'eau douce jusqu'aux vertébrés supérieurs, pourvus non seulement

d'un axe nerveux distinct, mais encore d'un cerveau et d'un cervelet organes psychique psychomoteur et coordinateur.

Est-ce à dire pour cela, que tout élément nerveux ait disparu de l'épiderme des animaux supérieurs? L'existence des terminaisons nerveuses intra-épidermiques montre le contraire, et par ses fonctions plus encore que par sa structure, la peau a pu mériter le nom de centre nerveux périphérique (Gubler). La description de ces terminaisons viendra en son temps : nous renvoyons également à la description de l'épiderme et du derme pour l'étude de leur développement et de leur évolution.

## *B. Épiderme et ses annexes.*

### 1° Épiderme.

Lorsqu'on examine des coupes de la pulpe de la première phalange colorées par une solution faible de picro-carmin (*Ranvier*), on voit nettement que l'épiderme se compose de quatre couches que distinguent les caractères morphologiques de leurs éléments et la teinte que leur a donnée le réactif colorant ; ce sont le corps muqueux de Malpighi proprement dit, le stratum granulosum, le stratum lucidum et la couche cornée.

*Corps muqueux de Malpighi.* Le stratum malpighien se compose d'un certain nombre de rangées de cellules connue depuis *Schrön* sous le nom de cellules dentelées ou épineuses. Ces cellules, en effet, examinées en place sur des coupes très minces, ou dissociées, se montrent comme des blocs protoplasmiques hérissés de prolongements qui affectent avec ceux des cellules voisines des relations sur lesquelles on a beaucoup discuté. *Schrön* regardait ces épines comme des canaux traversant les membranes cellulaires, dont il admettait encore l'existence et faisant communiquer la cavité de chaque cellule avec les espaces virtuels intercellulaires. — *Max Schultze* les envisage comme de véritables pointes engrénées avec celles des cellules voisines. *Bizzozero* après avoir étudié ces cellules dans les éphithéliomes et les papillomes où elles sont volumineuses, admet que les piquants se juxtaposent par leurs pointes qui restent séparées par une espace clair. Enfin *Lott*, élève du laboratoire de *Rollett*, pense que les piquants s'engrènent à l'état normal, mais s'écartent dans les cas pathologiques sous l'influence, sans doute, d'un apport plus abondant de liquide interstitiel, et arrivent à se toucher par leurs pointes ou au voisinage de leurs pointes.

Tel était l'état de la question. Lorsque M. *Ranvier* s'en est emparé

il a su lui donner une portée physiologique inattendue. De patientes investigations dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer, lui ont permis de conclure que les cellules crénelées du corps muqueux de Malpighi ne se touchaient pas par des prolongements, mais étaient unies par des ponts protoplasmiques très extensibles au milieu desquels sont des nodules de nature élastique ; nous verrons bientôt quelle est l'importance de cette disposition au point de vue de la statique et de la nutrition de l'épiderme.

Les cellules malpighiennes de la première rangée, celles qui reposent immédiatement sur le derme, présentent des caractères spéciaux qui méritent de nous arrêter un instant. Elles sont cylindriques et leur axe est perpendiculaire à la surface du tégument. Leur face inférieure est munie de prolongements assez épais, déjà vus par *Henle* qui se bifurquent ou se trifurquent pour prendre, pour ainsi dire, racine dans la zone du tissu conjonctif condensé qui limite le derme du côté de la couche épidermique et ces prolongements prennent sur certaines d'entre elles assez d'importance pour rappeler les cellules à pied de l'épithélium antérieur de la cornée (*Lott*).

*Stratum granulosum.* — Les rangées cellulaires situées au-dessus du corps muqueux proprement dit, s'en distinguent surtout par la présence autour du noyau de gouttelettes quelquefois fort grosses d'un liquide oléagineux et se colorant beaucoup plus vivement que lui par le picro-carmin (*Ranvier*). Le noyau des cellules de cette couche est toujours unique, petit et d'autant plus ratatiné qu'on se rapproche davantage du stratum lucidum.

M. *Ranvier* donne à cette substance, dont il a été le premier à déterminer le rôle dans l'évolution de l'épiderme, le nom d'*éléidine*. Ce n'est pas une matière grasse, car elle ne se colore pas en noir par l'acide osmique. Particulièrement abondante dans l'épiderme irrité, dans les papillomes, dans le bourrelet épidermique qui entoure la pustule variolique, par exemple (*Ranvier*), elle disparaît au contraire, toutes les fois que l'épiderme subit une compression lente qui en ralentit la nutrition, ainsi que nous l'avons constaté entre autre cas, à la surface des tubercules xanthélasmiques.

*Stratum lucidum.* — Au-dessus du stratum granulosum se trouve le stratum lucidum composé de plusieurs couches de cellules aplaties, claires, dépourvues de noyau et limitées par un double contour sinueux. Ces cellules sont fortement adhérentes les unes aux autres et ne sont facilement dissociées que dans la solution de potasse à 40 0/0.

On trouve dans les couches profondes du stratum lucidum, au voisinage du stratum granulosum, des gouttes d'éléidine, les unes petites

et disposées en séries intercalées aux lits cellulaires, les autres volumineuses et vraisemblablement formées par la fusion des premières. Ces dernières qui se présentent sous l'aspect de plaques à contours sinueux ayant la réfringence d'une huile essentielle sont souvent parsemées de gouttes peu réfringentes et incolores ayant l'aspect de vacuoles et comparables au sarcode de *Dujardin*.

*Couche cornée*. — La couche cornée, siège d'une desquamation incessante est formée de cellules dans lesquelles les derniers attributs de la vitalité sont près de disparaître ; sèches, plates, fortement pressées les unes contre les autres, entièrement dépourvues de noyau, ces cellules sont l'aboutissant de la série des processus de l'évolution épidermique, dont nous aurons bientôt à dire quelques mots.

Lorsqu'on traite un fragment de peau par l'acide osmique (*Langerhans*), on constate que la couche cornée est limitée par deux zones noires au niveau desquelles l'osmium a été précipité comme il l'est au contact de matières grasses (graisses, myéline). On trouvera dans la technique histologique de M. *Ranvier* (art. épithélium), une figure qui reproduit cette apparence. *Langerhans* attribuait cette coloration à la présence de matières grasses sécrétées par les glandes sébacées et pour lui, si la zone intermédiaire reste incolore, il faut l'attribuer à une cause purement physique ; l'acide osmique abordant la couche cornée par ses faces superficielles et profondes ne peut diffuser d'une manière assez complète pour pénétrer dans toute son épaisseur. *Unna*, au contraire, soutenait que la zone moyenne différait des zones superficielles et profondes et ne pouvait fixer l'osmium. Au moyen de deux expériences bien simples, consistant l'une, à mettre en contact de la solution osmique des coupes minces de l'épiderme, l'autre à dégraisser préalablement avec soin les coupes de peau, M. *Ranvier* est arrivé à donner gain de cause à la manière de voir de *Langerhans*.

## *Physiologie de l'épiderme.*

1° *Développement et nutrition*. — Évolution épidermique. Nous avons vu que l'épiderme, organe protecteur au premier chef, était le premier tissu formé chez l'embryon et provenait du feuillet externe du blastoderme. Sur un embryon humain de 4 mois, il se compose de 3 couches : une profonde formée de cellules cylindriques, une moyenne formée de cellules polyédriques, et une superficielle formée de cellules aplaties. Il est alors en tous points semblable à l'épithélium antérieur de la cornée. A six mois toutes les couches épidermiques que nous venons de passer en revue sont constituées et l'on rencontre encore dans l'épiderme une quantité considérable de matière glycogène, car la

fonction glycogénique diffusée à cette époque au sein de presque tous les tissus de l'économie ne sera que plus tard concentrée et localisée dans l'appareil hépatique (*Cl. Bernard*).

L'évolution de l'épiderme chez l'adulte, comprend l'étude de trois points : la circulation épidermique interstitielle, l'accroissement de l'épiderme et sa kératinisation.

Nous avons vu que les cellules du corps muqueux et du stratum granulosum étaient réunies par des prolongements très distensibles au milieu desquels se trouvaient des grains élastiques; elles sont donc séparées par des espaces lacunaires que cloisonne une multitude de filaments dont la longueur peut, sous l'influence de forces tendant à écarter les cellules, devenir jusqu'à 10 fois plus considérable qu'à l'état normal. C'est ce qu'on observe dans les cas pathologiques où l'épiderme est irrité et l'on peut même constater la rupture de beaucoup de ces ponts protoplasmiques qui se fait en un point quelconque de leur longueur. On trouve alors, entre les cellules éphithéliales refoulées, des cellules lymphatiques généralement isolées dont la présence montre qu'à l'état normal, mais d'une façon plus manifeste encore sous l'influence de procédés irritatifs, le corps muqueux et le stratum granulosum sont le siège d'une circulation interstitielle de lymphe.

Ce sont en effet ces deux couches qui sont les régions vivantes et actives de l'épiderme. Les cellules de la première rangée de la couche de Malpighi présentent souvent des noyaux juxtaposés qui se répondent par une face plane et l'on y peut déjà saisir, les traces d'une division cellulaire. Dans les rangées supérieures, les cellules à deux noyaux sont beaucoup plus rares, sauf dans les cas d'irritation. Les cellules de la première rangée sont donc le lieu d'origine des cellules des rangées supérieures, peut-être même les anastomoses qu'établissent entre les cellules de l'épiderme les filaments protoplasmiques ont-elles la signification d'une division cellulaire restée incomplète et le corps muqueux tout entier est-il formé d'une cellule à noyaux multipliés (*Ranvier*)?

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, dans le stratum lucidum et surtout dans le stratum corneum, la vitalité des éléments épithéliaux décroît et disparaît. Les noyaux atrophiés déjà dans les rangées les plus superficielles de la zone granuleuse se résorbent et le protoplasma cellulaire se dessèche, s'éclaircit par un phénomène d'autodigestion (*Ranvier*). A ce niveau, les cellules sont fortement soudées les unes aux autres et toute circulation interstitielle devient impossible. A la surface de l'épiderme, les cellules mortes, dessertics se désagrégent et tombent, incessamment renouvelées par une évolution épidermique dont nous devons maintenant montrer l'économie.

2 *Kératinisation de l'épiderme ; rôle de l'éléidine.* — M. *Ranvier* a décrit, avons-nous dit, sous le nom d'*éléidine* cette matière oléagineuse qui, déposée sous forme de gouttelettes autour du noyau des cellules du stratum granulosum, diffuse, se présente sous forme de plaques ou d'amas irréguliers dans le stratum lucidum et disparaît dans la couche cornée. Cette substance, peut-être sans analogue dans l'organisme, dont la composition chimique est encore peu connue, et qui fixe le carmin plus vivement encore que les noyaux eux-mêmes, joue sans doute un rôle important dans le processus de kératinisation de l'épiderme, et il est permis de la considérer comme un véritable produit de sécrétion de la couche granuleuse. Notre maître a poursuivi jusque dans les ongles et les poils ce processus et, si l'éléidine diffère par ses caractères micro-chimiques dans ces derniers organes de celle de l'épiderme proprement dit, nous verrons que la kératinisation y suit les mêmes lois.

3° *Pigment de l'épiderme.* — L'épiderme renferme un pigment auquel la peau doit sa coloration, variable, comme on le sait, dans les diverses races animales. Son siège de prédilection est dans les cellules de la première rangée de la couche de Malphigi ; on n'en rencontre plus que des traces dans les cellules des deuxième et troisième rangées. Il se présente sous deux aspects : sous forme de granulations distinctes et sous forme d'une matière infiltrée qui est peut-être elle-même composée de granulations trop fines et trop rapprochées pour être dissociées par les verres grossissants.

La présence presque exclusive du pigment dans les cellules de la première rangée semble en opposition avec le fait, bien constant cependant, de la division de ces cellules pour former celles des rangées supérieures. A moins d'admettre que cette division n'existe pas, hypothèse que l'observation directe rend inadmissible, devons-nous croire que les cellules des rangées supérieures digèrent le pigment ou qu'il existe, dans la division des cellules de la première rangée, un mode spécial qui laisse tout le pigment dans les cellules profondes ?

Un examen attentif des cellules de la première rangée rend compte de cette apparente contradiction. Nous y voyons le pigment accumulé dans les parties profondes de cellules ; aussi n'est-il pas étonnant que, celles-ci, se divisant par le milieu de leur hauteur, le fragment qui s'en détache n'en renferme pas ou n'en renferme qu'une quantité minime.

4° *Innervation de l'épiderme.* — *Conheim* avait mis hors de doute l'existence du réseau nerveux intra-épithélial de la cornée que M. *Poncet* et M. *Ranvier* devaient plus tard étudier avec un soin extrême au moyen de méthodes nouvelles, *Freyfeld Szabadfoldy* avait

attiré l'attention sur les terminaisons nerveuses intra-épithéliales de la langue, lorsqu'en 1868 *Langerhans* annonça la découverte d'un réseau nerveux terminal dans l'épiderme humain. D'un réseau fibrillaire immédiatement sous-épidermique partent aussi bien au niveau des papilles, qu'entre celles-ci, des fibrilles qui s'élèvent dans l'épiderme et au niveau de la 2e ou 3e rangée des cellules du corps muqueux se terminent dans des corpuscules granuleux multipolaires dont les prolongements s'effilent et se perdent entre les cellules épithéliales. Ces corpuscules sont dépourvus de noyaux : l'absence du pigment dans leur masse ne permet guère de les regarder avec *Pouchet* comme des chromoblastes, et leurs caractères morphologiques, leurs relations avec les fibrilles, leur coloration intense avec le chlorure d'or, les rapprocheraient beaucoup, d'après *Langerhans*, des cellules nerveuses. *Eberth, Krohn* ont confirmé la description de *Langerhans* et *Poncet* et signalé un réseau et des corpuscules absolument semblables dans la conjonctive de l'homme.

Il existe plusieurs autres modes de terminaisons des corps dans l'épiderme, entre autres, celles que *Hensen* et *Ditlevesen* ont rencontrées dans la peau de la grenouille, mais elles n'ont pu encore être constatées chez l'homme, et nous les passerons sous silence; nous dirons en parlant de l'innervation du derme quelques mots des cellules géminées de *Merkel*, car ces éléments bien que pouvant être inter-épithéliaux, si nous en croyons *Casper*, sont le plus souvent situés au-dessous de la cuticule limitante du derme.

Reprenant un sujet abandonné depuis longtemps, M. *Drosdoff*, élève du laboratoire d'histologie du collège de France, s'est occupé en 1879, de la mensuration de l'épiderme et de ses différentes couches dans les divers points du corps et des rapports qui existent entre son épaisseur et la sensibilité électro-cutanée.

La méthode suivie par M. Drosdoff consiste à mesurer l'épaisseur des couches épidermiques, tant au niveau des papilles que dans leur intervalle, sur des fragments de peau excisés d'un grand nombre de points du corps dont la sensibilité électrique a été préalablement explorée; la peau était durcie par l'acide osmique et la méthode de mensuration adoptée par l'auteur était celle que M. *Malassez* a appliquée à la détermination des dimensions réelles des objets microscopiques.

Contrairement à l'opinion de *Leyden*, M. *Drosdoff* conclut de ses nombreuses observations, qui ont dû exiger une patience et un temps considérables, que les différences d'épaisseur du revêtement épidermique ne sauraient expliquer ni les différences de conductibilité, ni les différences de sensibilité électrique que l'on constate dans les

diverses régions du corps. Il est probable, selon lui, que le mode de distribution périphérique des nerfs joue un rôle considérable dans cette inégalité de répartition de sensibilité électrique.

### 2° Ongles.

Les ongles se composent de deux parties ; l'une adhérente au derme sous-unguéal, l'autre libre ou corps de l'ongle. La première présente en arrière une surface semi-lunaire blanche, la lunule ; on donne le nom de matrice de l'ongle, à la portion dermique, qui s'étend de celle-ci au point où l'ongle cesse d'être adhérent aux tissus sous-jacents. Enfin, le derme triangulaire forme au pourtour de l'ongle un bourrelet qui a reçu le nom de pli sous-inugéal.

Sur une coupe verticale et antéro-postérieure, on constate que l'ongle commence en arrière par un bord mince qui va en s'épaississant jusqu'au bord antérieur de la lunule : à partir de ce point, les deux faces de l'ongle restent parallèles jusqu'à son bord antérieur. On voit d'autre part sur les coupes transversales que le derme sous-unguéal présente des sillons parallèles entre eux et à l'axe de la phalange semblable à ceux d'une terre labourée (*Ranvier*); ces sillons s'engrènent avec des sillons correspondants creusés sur la face inférieure de la portion de l'ongle qui est au-dessus. Cette disposition a été signalée pourl a première fois par *Henle*.

Munis de ces quelques données indispensables d'anatomie descriptive nous passerons en revue la structure de la matrice, du lit et du corps de l'ongle, celle des plis sus et sous-unguéal, enfin son mode de kératinisation.

Si on dissocie les éléments de l'ongle au niveau de la lunule, on rencontre des cellules de dimensions et de formes variées que l'on peut classer comme il suit : 1° cellules analogues à celles de la 1re rangée du corps muqueux de Malpighi. 2° cellules semblables à celles du corps muqueux. 3° cellules polygonales à contours très nets, propres à l'ongle. 4° cellules polymorphes non encore décrites avant les recherches de *Ranvier*, se présentant tantôt comme de larges plaques striées à prolongements et à dentelures, tantôt comme des cellules rameuses, etc.

C'est à l'irrégularité des cellules polymorphes que la lunule doit sa coloration blanche qui tranche si vivement sur la teinte rosée du reste de l'ongle. Ces mêmes éléments renferment un semis granuleux de substance kératogène.

Si maintenant nous examinons en place ces divers éléments sur des sections convenablement dirigées et colorées, nous retrouvons dans

l'ongle, en ce qu'elle a d'essentiel, la structure de l'épiderme cutané, un corps muqueux avec sa première rangée de cellules cylindriques et ses autres couches formées de cellules dentelées, une couche de cellules polyédriques, à bords nets, de plus en plus aplaties et pourvues de noyaux de plus en plus atrophiés à mesure que l'on se rapproche de la surface.

La substance kératogène ne se rencontre qu'en un point, au niveau du biseau que forment en s'unissant le lit et le corps de l'ongle. Elle forme là une couche interposée aux couches muqueuse et cornée, opaque, colorée en brun par l'acide picrique et analogue, sinon tout à fait par ses réactions micro-chimiques, du moins par sa situation et ses fonctions, au stratum granulosum de l'épiderme. C'est au niveau de ce point que se fait le processus de kératinisation.

Le pli sus-unguéal a la structure de la peau. Le stratum granulosum y présente une épaisseur considérable et les gouttes d'éléidine y sont volumineuses. La couche cornée du pli se continue sur la face dorsale de l'ongle qu'elle recouvre sur une certaine étendue.

Le pli sous-unguéal est formé par l'union du bord antérieur du lit de l'ongle avec l'épiderme de la pulpe du doigt. Ici encore la couche granuleuse est très épaisse et l'éléidine très abondante.

Nous dirons enfin quelques mots du développement de l'ongle : Au 3me mois de la vie intra-utérine, d'après *Kolliker*, l'ongle rudimentaire est encore contenu dans l'épaisseur de l'épiderme ; il est représenté par une lame de cellules épidermiques étroitement soudées entre elles; au 4me mois, les cellules épidermiques situées au-dessus de la lame unguéale deviennent vésiculeuses et tombent; l'ongle apparaît, mais son corps muqueux se continue sans transition avec celui de la pulpe du doigt. Cette disposition normale chez certains animaux a reçu le nom d'hyponichium. Enfin du 6e au 7e mois le pli sous-unguéal se forme et l'ongle se détache.

M. *Ranvier* a parcouru, dans la série de ses leçons, l'étude de l'ongle des ruminants, du sabot des solipèdes, de la griffe des carnassiers et de certains organes similaires en apparence, tels que l'appendice corné du groin du porc. Quelque intérêt que présente cette étude pour la comparaison des processus de kératinisation de l'épiderme, des ongles et des poils, nous sommes obligé de la passer sous silence et de renvoyer pour plus de détails aux leçons mêmes du professeur. Abandonnant à regret cette question que le défaut d'espace ne nous permet pas d'exposer d'une manière suffisante, nous allons étudier les autres annexes du système épidermique et nous terminerons cette revue d'anatomie normale de la peau par un exposé rapide de la structure du derme. (*A suivre.*)

II

# DE LA PELADE

Revue critique par **P. MERKLEN**, interne des Hôpitaux.

---

En présence d'une recrudescence remarquable de pelades, de faits de contagion aussi inexplicables et aussi nombreux que les exemples d'apparente spontanéité, il semble que le moment soit bien choisi pour aborder à nouveau les questions litigieuses que soulève l'étiologie et la nature de cette maladie et pour les résoudre grâce aux procédés d'étude que les progrès de l'histologie ont mis à la portée des dermatologistes. La discussion est en effet toujours ouverte, les faits les plus contradictoires la rendent légitime, et les recherches les plus minutieuses n'ont pas réussi jusqu'à présent à lever tous les doutes en ce qui concerne le caractère contagieux et la nature parasitaire de cette affection.

En attendant les résultats nouveaux et les conclusions autorisées des observateurs de l'hôpital Saint-Louis, où la pelade est en ce moment même l'objet d'une enquête à la fois clinique et histologique, poursuivie en commun par M. Ernest Besnier et par M. Balzer, il importe d'établir quelles sont, à l'heure actuelle, les notions acquises, quels sont les *desiderata*, quelles sont, en un mot, les obscurités qu'il serait urgent de dissiper afin de sortir de cette incertitude, de cette véritable anarchie, aussi humiliantes pour la science que peu favorables aux progrès de la thérapeutique et de la prophylaxie. Notre intention n'est pas de faire dans cette revue une étude complète de la pelade, dont les traités spéciaux donnent des descriptions, auxquelles nous ne pourrions que faire de nombreux emprunts, mais d'exposer, en toute indépendance, quels sont les points controversés dont la solution est à trouver.

Il n'est pas d'affection cutanée qui soit pour le dermatologiste l'occasion d'autant de surprises et d'incertitudes que la pelade. Rangée depuis les travaux de Bazin, parmi les teignes, à côté du favus et de la trichophytie, elle en diffère tout d'abord par ce fait, qu'elle se caractérise par une alopécie vraie, rapide, tandis que ces deux affections consistent plutôt en une lésion nettement constatable du cheveu pouvant

aboutir, il est vrai, mais au bout d'un temps assez long, à une alopécie ou à une calvitie plus ou moins complète. La soudaincté, la brutalité, si l'on peut ainsi dire, de l'alopécie, tel est, en effet, un des caractères les plus tranchés de la pelade.

Un fait non moins curieux qui frappe tout d'abord dans l'histoire de cette affection, c'est la diversité de ses formes; tous les observateurs ont insisté sur cette particularité, cherchant à l'interpréter conformément à leur doctrine. Tantôt la première plaque alopécique de la grandeur d'une pièce de 50 centimes environ est à peine constatée par le malade que déjà elle progresse rapidement au point de décalver en huit jours à peine la moitié du crâne; ou bien la pelade apparaît sous forme de nombreux points alopéciques qui grandissent et finissent par confluer pour aboutir en peu de temps à une dénudation presque complète du cuir chevelu; puis les sourcils, les cils, la barbe sont envahis à leur tour et quelquefois même l'alopécie est plus généralisée, ne respectant aucune des régions pourvues de poils. Fort heureusement, du moins, dans la majorité des cas, le malade n'est pas défiguré à tout jamais; au bout de six mois, parfois un an ou deux ans, le système pileux revit avec une nouvelle vigueur, la chevelure et la barbe se reproduisent dans toute leur intégrité. Il faut bien le reconnaître, et c'est là un fait négatif qui a son importance, cet heureux résultat se réalise parfois sans aucune intervention thérapeutique.

A côté de ces faits que l'on observe assez fréquemment à l'hôpital Saint-Louis et qui constituent un des types de la pelade, il y a le cas plus classique d'une ou de plusieurs plaques alopéciques limitées, toujours apparues assez brusquement, restant stationnaires pendant de longs mois. C'est souvent à la nuque que se localise longtemps l'affection sans qu'on puisse se rendre compte de ce siège de prédilection.

En considérant ces allures si différentes de la maladie dans les deux types principaux que nous venons de rappeler, on peut se demander s'ils sont les formes différentes d'une même affection ou des affections absolument distinctes?

Bazin, à qui l'on doit la première description complète de la pelade en tant qu'entité morbide, avait résolu dans le sens de l'affirmative la question de la diversité et de la dualité de cette affection. Ses teignes *achromateuse* et *decalvante*, cette dernière envahissant tout le cuir chevelu et même la totalité du corps, la première, au contraire, restant localisée sous forme de placards arrondis, limités et contrastant par leur blancheur d'ivoire avec la coloration normale de la peau, répondent aux variétés cliniques que l'on peut observer. Frappé déjà de leurs caractères si différents, il admettait bien que les deux affections

étaient parasitaires, mais leur assignait à chacune un parasite spécial, le *microsporon Audouini* et le *microsporon decalvans*. Plus tard (1) il abandonna cette manière de voir, ayant rencontré les deux variétés associées chez le même individu, et cependant, dans son dernier travail (2) sur ce sujet, il paraît avoir renoncé de nouveau à cette unicité de la pelade pour affirmer plus formellement qu'il ne l'avait encore fait la dualité de cette affection. Il donne encore en dernier lieu à la décalvante le nom de *pseudo-pelade* et la considère comme une tonsurante due à un parasite spécial, le *trichophyton decalvans*.

Cette opinion, du reste plus théorique que scientifique, n'est pas en général admise par les dermatologistes. M. Lailler (3), dans ses récentes leçons sur les teignes, considère qu'il y a là deux formes d'une seule et même affection dues à une seule et même cause, deux aspects et non deux variétés. M. Hardy (4) ne décrit également qu'une seule espèce de pelade.

Cependant la dualité de cette affection se retrouve indiquée par quelques auteurs dont nous aurons à rappeler les opinions surtout intéressantes au point de vue de la nature de la maladie. C'est ainsi que Tilbury Fox (5) distingue deux espèces de pelade, la pelade décalvante et l'*alopecia areata* qui répondent aux deux variétés de Bazin. M. Quinquaud (6), à l'occasion d'une communication récente de M. Mégnin à la Société de Biologie sur les teignes chez les animaux, s'est également déclaré partisan de la dualité de la pelade. Il existe, dit-il, au moins deux variétés de pelade, l'une dermotrophique qui se généralise, une deuxième parasitaire ordinairement localisée.

La diversité même des opinions, déjà sur le terrain purement clinique, prouve que la détermination des variétés de la pelade manque jusqu'à présent de base certaine. Et l'on peut se demander avec Tilbury Fox, si, dans l'énumération des formes, les auteurs n'ont pas fait quelque confusion, si l'on n'a pas fait rentrer dans la pelade des variétés d'alopécie qui ne lui appartenaient pas.

Quels sont donc les caractères spécifiques de la pelade, quelle est sa marche, et partant de ces données peut-on établir une analogie ou une différence entre ses formes et ses variétés? On sait que le type créé par Bazin répond à ces formes d'alopécie qui ont été successivement

(1) *Bazin*. Leçons sur les affections cutanées parasitaires, 1858.
(2) *Bazin*. Article microsporon *in* Dict. encyclopéd. des sciences médicales.
(3) *Lailler*. Leçons cliniques sur les teignes, 1878.
(4) *Hardy*. Article *Pelade in* Dict. de méd. et de chir. prat.
(5) *Tilbury Fox. Skin Diseases*, 1873.
(6) *Quinquaud*. Société de biologie, 1879.

décrites par Celse sous le nom d'*area*, par Bateman, qui déjà en faisait une sorte de teigne, sous la dénomination de *porrigo decalvans*. La dénomination d'*alopecia areata* est encore celle qu'emploient exclusivement les auteurs allemands, Hebra, Kaposi, Neumann. Elle a l'avantage d'exprimer, mieux que ne le fait le nom de pelade, un des caractères principaux de cette affection, à savoir la chute des cheveux suivant un ordre particulier. L'alopécie débute en effet par des placards circulaires, par de véritables aires s'agrandissant progressivement. Lorsqu'il existe plusieurs aires à peu près contiguës, elles finissent par se réunir pour aboutir quelquefois à une alopécie générale. Mais, avant ce stade terminal, il est presque toujours possible de constater que les contours des larges plaques confluentes, formées par la réunion des premières taches circulaires, présentent une régularité particulière, une série de croissants juxtaposés, formés par ce qui subsiste des premières aires.

Cette marche si singulière de l'affection est ce qui la caractérise peut-être le plus nettement. Elle permet à coup sûr de distinguer la pelade des alopécies dues à des maladies générales ou consécutives à des lésions diverses du cuir chevelu. Il est néanmoins des cas où de réelles difficultés d'interprétation subsistent et pour lesquels, si l'on ne tient compte de la marche de l'affection, il est impossible de dire si oui ou non on se trouve en présence d'une pelade. Nous voulons parler de ces alopécies généralisées et subites, survenues quelquefois sous l'influence de commotions violentes ou même sans cause appréciable. Des malades de ce genre sont quelquefois observés à l'hôpital Saint-Louis, sans qu'il soit possible de retrouver dans le début et la marche de leur alopécie, des éléments suffisants pour en déterminer la variété. La pelade décalvante généralisée, dont l'évolution a été régulièrement suivie, arrivée à sa période d'état, ne diffère par aucun caractère de ces alopécies d'origine indéterminée. Comment classer ces dernières? Sont-ce des pelades? Compatibles avec certaines théories pathogéniques, elles seraient contraires aux idées émises par un grand nombre de dermatologistes sur l'origine et la nature de la pelade.

Chose étrange, cette question d'étiologie et de nature, d'une importance capitale au point de vue nosologique et thérapeutique, est la plus contestée dans l'histoire de la pelade. L'opinion que certains dermatologistes considèrent comme définitivement établie, est à peine signalée et au contraire combattue par d'autres qui font également autorité. Aujourd'hui deux grandes théories se trouvent en présence : la théorie *parasitaire* essentiellement française, la théorie de la *trophonévrose* surtout allemande. A côté de ces doctrines exclusives, il faut mentionner

une opinion mixte, l'éclectisme de Tilbury Fox, qui poursuit sur le terrain étiologique l'idée dualiste qu'il cherche à établir cliniquement.

Avant les premiers travaux de Bazin sur la pelade, les auteurs s'occupaient peu de l'étiologie de cette affection, et se contentaient d'invoquer les causes banales qui répondent généralement en médecine à un aveu d'ignorance. Cependant, dès 1843, Gruby avait signalé un parasite spécial à la pelade et qu'il désignait sous le nom de *microsporon Audouini*. Niée par Robin, l'existence de ce champignon fut à nouveau signalée par Bazin en 1853 dans ses recherches sur la nature et le traitement des teignes. Depuis cette époque, en dépit de discussions et de contradictions nombreuses, la théorie parasitaire a toujours compté de nombreux partisans, et, à l'heure qu'il est, elle représente encore, ainsi que nous le disions tout à l'heure, l'opinion dominante des dermatologistes français.

Avant ces dernières années, il faut le reconnaître, leur manière de voir se basait bien plus sur des probabilités, sur des analogies, sur la grande autorité de Bazin que sur la constatation scientifique des faits. Les analogies de la pelade avec les autres teignes, au point de vue de la marche et de la contagiosité, déjà entrevues par Willan et Bateman, paraissaient hors de conteste. On comprend dès lors avec quelle faveur furent reçues, en France surtout, les conclusions des recherches de Malassez, qui, au parasite idéal de Gruby et de Bazin, substituait un champignon réel, bien défini et bien constaté. Et cependant, depuis son mémoire publié dans les *Archives de physiologie* de 1874, et la thèse de Courrèges publiée la même année, aucun travail nouveau n'est venu confirmer sa description, en sorte que les adversaires de la théorie parasitaire, bénéficiant de ce silence et des objections faites à Malassez par ses propres partisans, peuvent dire avec quelque apparence de raison que la pelade n'est pas une teigne, qu'elle ne saurait être considérée comme une affection parasitaire.

Avant de passer à l'examen de cette doctrine adverse, il est nécessaire de préciser quelles sont actuellement les notions qui ont cours sur les parasites de la pelade, en quoi elles diffèrent ou se rapprochent de celles qui ont été introduites dans la science par les premiers observateurs.

Gruby, Bazin, et après eux Tilbury Fox, avaient décrit, sous le nom de *microsporon Audouini*, un champignon que les dermatologistes modernes n'ont pas revu. Ce champignon, composé de spores et de tubes de mycélium, comme celui des autres teignes, en différerait uniquement par son siège et le diamètre moindre des sporules. « Sur la tige du poil, dit Bazin, les spores forment quelquefois de petits groupes

isolés ou affectent une disposition racémiforme. La tige elle-même présente de distance en distance des renflements ou nodosités sphériques ou ovoïdes, constitués par les fibres longitudinales dilatées ou incurvées, au travers desquels on voit des amas de sporules. »

La description de Tilbury Fox se rapproche beaucoup de celle de Bazin. Cet auteur signale en plus des amas granuleux disséminés çà et là dans le cuir chevelu, ce qu'il appelle le stroma. Pour lui, ces granulations seraient le point de départ d'une formation sporulaire et représenteraient le premier état ou forme nucléaire du champignon complètement développé. Elles accompagneraient tous les champignons en état de développement actif, et le dermatologiste anglais dit avoir vérifié le fait, en ce qui concerne particulièrement la pelade, par la germination artificielle ; il a obtenu ainsi en quelques jours des formes sporulaires distinctes dérivant de ce qu'on pouvait considérer comme de simples débris granuleux.

Jusqu'à Malassez, les auteurs qui s'étaient occupés du parasite de la pelade lui avaient donc assigné comme caractère constant l'existence de tubes de mycélium accompagnant les groupes de spores, et jusqu'alors ce caractère paraissait nécessaire pour accorder à ce champignon une place définie dans la classe des parasites cutanés. A ce point de vue, la description qui a cours depuis les travaux de cet éminent histologiste diffère essentiellement de celles que nous venons de passer en revue. Pour Malassez, le parasite de la pelade est uniquement constitué par des spores sphériques très petites. On peut, dit-il, distinguer trois types de spores :

Les premières, mesurant de 4 à 5 $\mu$, ont un double contour, peuvent avoir des bourgeons, ce sont les grosses spores ; les secondes, mesurant de 2 à 2, 5, n'ont pas de double contour, peuvent avoir des bourgeons, ce sont les petites spores ; les troisièmes ont un diamètre inférieur à 2 $\mu$, un contour simple, pas de bourgeons, ce sont les sporules. Il n'existe pas de tubes, mais seulement de petits chapelets de 5 à 6 spores au plus.

Ce champignon occupe les parties les plus superficielles de la couche cornée de l'épiderme ; on le trouve entre les cellules épithéliales de cette couche ou à leur surface. Il ne se rencontre qu'accidentellement sur les cheveux, et encore siège-t-il sur des cellules épithéliales qui proviennent de l'épiderme cutané.

Quant à la disposition des spores qui constituent ce champignon, on peut facilement s'en rendre compte d'après Malassez en étudiant des pellicules épidermiques tout entières. Parmi ces spores, les unes sont disséminées en groupes peu nombreux, les autres sont réunies en grand

nombre et forment des plaques plus ou moins étendues qui entourent habituellement l'orifice des follicules pileux à la façon d'une bordure. Les grosses spores et les sporules sont habituellement isolées et sans ordre, tandis que les petites spores sont souvent juxtaposées en séries linéaires constituant de petits chapelets.

Le mécanisme amenant la chute des cheveux, serait celui du pityriasis pilaris. Complétant par l'étude méthodique de coupes de la peau les résultats que lui avait donnés l'examen du cheveu et la dissociation des cellules épidermiques, Malassez a constaté en premier lieu que les spores ne se trouvent pas au delà des couches les plus superficielles de l'épiderme, puis que le follicule pileux lui-même ne renferme pas de spores, enfin qu'il existe une altération importante de l'épiderme qui paraît jouer un rôle prépondérant dans le mécanisme de l'alopécie. Cette altération consiste en une hypertrophie considérable de la couche cornée et de la gaine externe du follicule. Un grand nombre de cellules de la couche cornée ont subi l'altération vésiculeuse et il existe dans cette couche hypertrophiée des fentes et des espèces de lacunes. La couche intermédiaire de l'épiderme est également augmentée d'épaisseur. Il résulte de ces lésions épidermiques une gêne dans la nutrition du cheveu, qui étouffé par cet amas de cellules épithéliales, finit par s'atrophier et tomber. En effet, les cheveux sont décolorés, atrophiés, cassants, mais leur structure n'est pas sensiblement modifiée, leur épithélium n'est pas détruit.

Tels sont les faits constatés par Malassez ; il ne va pas plus loin, laissant aux pathologistes le soin de rechercher et de juger si le parasite est cause ou effet de la maladie, aux botanistes compétents la tâche de décider à quelle classe naturelle appartient ce champignon. En ce qui concerne les formes de la pelade, il dit simplement qu'il ne lui a pas été donné de constater de différences bien nettes entre les champignons de diverses variétés, mais que les faits qu'il a observés n'étaient pas assez nombreux pour lui permettre de se former une opinion à ce sujet.

La thèse de Courrèges (1) faite peu de temps après le mémoire de Malassez et à l'occasion de ses recherches renferme indépendamment des conclusions de cet auteur, quelques considérations sur la physiologie pathologique de la pelade qui ne sont en quelque sorte que le commentaire de l'anatomie pathologique nouvelle que nous venons de signaler. Courrèges, tout en affirmant la nature essentiellement parasitaire de la pelade, considère que cette affection n'est pas une teigne et qu'il ne faudrait pas la ranger à côté des teignes faveuse et tonsurante, puisqu'on ne peut trouver comme dans celles-ci la moindre altération cryp-

(1) Courrèges. *Étude sur la pelade.* Thèse de Paris, 1874.

togamique des poils. Il croit que la chute des poils et l'achromie sont dus à un vice de nutrition, mais que ce vice de nutrition dont le mécanisme a été indiqué par Malassez est tout entier sous la dépendance du parasite. Enfin Courrèges rapporte les différences qui existent entre la forme achromateuse et décalvante à une différence dans la rapidité d'évolution et la localisation de la maladie. Toute pelade à marche rapide et à forme généralisée décolore peu la peau : telle est la pelade décalvante ; au contraire, toute pelade à marche lente et à forme localisée entraîne une achromie très marquée : telle est la pelade achromateuse.

Il semble qu'après cet énoncé si clair et si précis du parasite de la pelade, de sa nature et du mécanisme spécial par lequel il détermine l'alopécie, la question soit jugée et qu'il n'y ait plus rien à objecter à la théorie parasitaire. Et cependant de l'aveu même de ses plus chauds partisans, le dernier mot n'est pas dit, ou du moins, la spécificité du parasite de Malassez n'est pas hors de conteste. M. Lailler, tout en se déclarant partisan de la théorie parasitaire, reconnaît comme ses adversaires que les spores décrites par Malassez se rencontrent chez des sujets non peladés, chez des pityriasiques et même chez des sujets dont le cuir chevelu est parfaitement sain. Toute la différence résiderait dès lors dans une question de quantité, de plus ou de moins, ce qui, ajoute le même auteur, n'a pas, en matière de parasitisme et de contagion une valeur telle que le rôle du champignon ne puisse pas être discuté par les partisans de la doctrine antiparasitaire.

S'il en faut en croire Nyström (1) la banalité des spores de la pelade serait encore plus grande que ne le dit M. Lailler. Frappé des opinions diverses qui règnent sur la nature de cette maladie et, d'autre part, des différences très considérables qui la séparent des autres teignes, Nyström, en voyant que les préparations microscopiques présentent toujours des particules étrangères, notamment des filaments de coton, émet l'hypothèse que les spores pouvaient provenir de la poussière. « Ayant alors, dit-il, examiné au microscope le duvet, c'est-à-dire les filaments libres d'une serviette qui était suspendue dans un coin humide de la chambre, je retrouvai exactement les mêmes spores que dans la pelade. » De là une série de recherches sur ce que l'auteur désigne plaisamment sous le nom de « teigne des serviettes,» caractérisée par un champignon qui, d'après les constatations de Malassez lui-même, aurait la plus grande ressemblance avec celui de la pelade. Le champignon serait constant

(1) Nyström de Stockholm, *Note sur la nature de la pelade ou alopecia areata in Annales de dermatologie*, t. VII.

sur la tête des teigneux de tout genre traités à l'hôpital Saint-Louis et se trouverait au milieu des débris de coton qui se détachent des serviettes servant au lavage de ces malades.

Malgré ces objections qui demanderaient, ce nous semble, à être reprises et examinées avec soin, la plupart des dermatologistes français continuent à considérer la pelade comme une affection parasitaire due probablement au champignon de Malassez. Les spores banales qui sans doute se trouvent répandues à profusion sur tous les objets susceptibles d'entrer en contact prolongé avec le cuir chevelu, auraient-elles la propriété de végéter outre mesure dans certaines conditions de milieu et de terrain? C'est là une hypothèse sur laquelle nous aurons à revenir tout à l'heure.

Aux récents travaux dont il vient d'être question et aux discussions qu'ils ont provoquées, les dermatologistes allemands opposent un silence presque complet. Dans son récent article, Alopécie de l'Encyclopédie d'Eulenburg, Kaposi (1) ne signale même pas les recherches de Malassez. On sait du reste, que dans le traité des maladies de la peau de Hebra la pelade est définitivement séparée des maladies parasitaires. Dans son chapitre de généralités sur les parasites végétaux, Kaposi (2), considère la chose comme jugée; il se contente de rappeler les opinions de Bazin, celles de Tilbury Fox qu'il accuse en passant de n'avoir réussi qu'à introduire la confusion dans la doctrine des dermatomycoses et celles d'Anderson qui, dit-il, n'a ajouté l'alopécie aréatée aux affections parasitaires de la peau que par convenance. Plus modéré dans ses conclusions, Neumann (3) déclare qu'ayant eu à soigner environ 40 cas de cette affection, il n'a pas réussi à découvrir le champignon de Malassez.

Il est intéressant de rechercher ce qui, abstraction faite de l'existence de ce champignon, l'affection étant envisagée au point de vue purement clinique, a pu d'éterminer les uns et les autres à admettre et à rejeter le rôle pathogénique du champignon. Nous devons pour cela aborder une nouvelle face de la question qui ne le cède pas en intérêt aux recherches exclusivement microscopiques.

La pelade est-elle contagieuse? Oui disent les uns; jamais, répondent les autres, et de part et d'autre on accumule des arguments et des faits d'une réelle valeur. C'est dire que l'obscurité et la contradiction règnent dans le domaine étiologique comme sur le terrain anatomo-pathologique. Ici encore nous ne pouvons mieux faire que de rappeler les

(1) *Alopecia in Real Encyclopedie der gesammten Heilkunde* von Eulenburg.
(2) Hebra. Loc. cit.
(3) Neumann. *Traité des maladies de la peau.* Traduction française par Darin.

opinions et les preuves à l'appui des contagionnistes et des non-contagionnistes. Il va sans dire que cette question de contagion est intimement liée à celle de nature et que les faits bien avérés de contagion sont pour les partisans de la doctrine parasitaire des raisons aussi démonstratives que celles qui découlent de la simple constatation du champignon.

Bazin se contente d'établir, au point de vue de la contagion, une analogie complète entre la pelade et les autres teignes; la seule différence consisterait en ce que l'affection n'a pas encore été transmise par inoculation. Les dermatologistes français admettent en général, quelques-uns avec des réserves, le caractère contagieux de la maladie. M. Hardy (1) considère nettement la contagion comme la cause déterminante de la pelade. Il rappelle les faits si fréquents de transmission de la maladie d'un individu malade à une personne saine, les épidémies de pelade survenues dans les écoles, dans les asiles après l'arrivée dans l'établissement d'un enfant malade. Après avoir dit que la contagion de la pelade est à peu près certaine et en avoir signalé maints exemples, M. Lailler ajoute que la contagion est néanmoins beaucoup moins fréquente que pour le favus ou la tondante; dans bien des cas, dit-il, quoiqu'on fasse, on ne trouve pas de source de contage, et les cas ne manquent pas où, malgré les rapports les plus intimes et les plus durables, une pelade ne se transmet pas de mari à femme ou d'enfant à enfant.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître qu'il existe, en ce qui concerne la contagiosité de la pelade, des faits d'une contradiction inexplicable. Voici tous les enfants d'une école atteints en même temps d'une pelade; ils sont 30 ou 40 (nous avons pu observer plusieurs victimes d'une épidémie de genre à la clinique de notre maître M. Ernest Besnier; il s'agit de l'épidémie de pelade de l'école de Nogent). Incontestablement il s'agit d'une affection importée et transmise. Le fait est évident, il démontre la contagion d'une manière irréfutable. Et cependant les objections se présentent immédiatement avec la même force. Les enfants sont renvoyés chez eux et sans doute vont semer leurs contages, infecter leurs frères et sœurs avec lesquels ils sont sans cesse en contact immédiat. Cependant aucun cas de transmission n'est observé, les contages paraissent avoir épuisé toute leur action; en dépit de toutes les imprudences, l'individu atteint de pelade reste unique.

L'analyse attentive des faits de contagion rapportés par les auteurs paraît démontrer, d'une part qu'assez fréquemment les faits de pelade contagieuse se montrent sous forme épidémique et restent cantonnés dans le foyer primitif de l'épidémie, d'autre part que dans les cas plus

(1) Hardy, *loc. cit. et Annales de dermatologie*, T. VIII (Quelques considérations sur l'étiologie, la nature et le traitement des maladies contagieuses du système pileux).

rares de contagion isolée, la transmission ne s'est pas faite directement mais a passé par l'intermédiaire du peigne d'un coiffeur, d'un chapeau ou de quelque objet de ce genre.

En ce qui concerne les épidémies, comment expliquer leur peu de propagation? serait-ce le défaut de soins minutieux qui favoriserait dans une école par exemple le développement indéfini du parasite? l'enfant rentré dans sa famille, la multiplication du champignon serait-elle arrêtée par des lavages quotidiens, quelquefois un traitement parasiticide? C'est une opinion qui peut se soutenir. Ou bien existe-t-il des conditions de milieu qui favorisent plus ou moins la végétation du parasite? L'hypothèse serait à discuter, si certaines théories mycologiques en honneur en Allemagne étaient basées sur des faits réellement scientifiques, sans compter que ces théories qui ont été défendues en Angleterre par Tilbury Fox réduiraient à néant l'objection tirée de la banalité du champignon du la pelade.

Sans entrer dans l'exposé de ces théories, ce qui nous conduirait bien loin de notre sujet, nous devons indiquer ce qui, dans les déductions qui en résultent, s'applique plus particulièrement aux teignes. Après Lowe qui le premier avait cherché à démontrer l'origine banale des champignons des teignes, Hebra émit l'hypothèse que les parasites du favus et de la teigne tondante avaient des liens intimes avec les champignons de moisissure qui se développent à l'état de liberté dans la nature. Ce n'est pas le lieu de signaler les expériences cliniques faites dans le but de démontrer cette hypothèse et les résultats tour à tour positifs et négatifs obtenus en semant sur la peau des champignons de moisissure. Au surplus, il s'agit encore de théorie pure manquant jusqu'à présent de sanction scientifique, ainsi que le reconnaît Kaposi dans le chapitre du traité d'Hebra consacré aux généralités sur les parasites végétaux. Pour la pelade, aucun auteur, à part Tilbury Fox, n'a cherché à établir les analogies signalées, au point de vue de l'origine, entre les vulgaires champignons de moisissure et les parasites du favus et de la tondante. Pour le dermatologiste anglais, toutes les maladies parasitaires de la peau dues à un végétal parasite sont causées par le même champignon et la diversité d'aspect de ces maladies dépend seulement du degré de développement du végétal et de son siège dans les parties constituantes du poil et de l'épiderme. Comme exemple, l'achorion étant le végétal parvenu à son entier développement, le microsporon Audouini représenterait ce végétal à l'état naissant, tandis que les âges intermédiaires se retrouveraient dans la trichophytie (1). Cette manière de voir n'est que l'appli-

(1) Les opinions de T. Fox sont reproduites dans le mémoire déjà cité de M. Hardy.

cation aux teignes d'une théorie plus générale imaginée par Hallier, et qui, pour le dire immédiatement, n'a reneontré jusqu'à présent que des adversaires aussi bien dans le eamp des botanistes que dans eelui des dermatologistes. Pour eet auteur, tous les ehampignons que l'on rencontre dans le eorps humain ne seraient que les formes de végétation d'un ehampignon déterminé, les plus inférieures pouvant de nouveau engendrer la variété fruetifiante. Les eonditions de milieu (aréophytes, anaérophytes, hemianaérophytes) tiendraient sous leur dépendanee les diverses formes des parasites végétaux qui appartiendraient toutes en définitif au ehampignon de moisissure.

Si ees hypothèses étaient démontrées, les problèmes que soulève la nature et l'étiologie de la pelade seraient bientôt résolus; mais elles manquent, ainsi que nous le disions, à la fois de sanetion elinique et de sanction seientifique. Les transformations des maladies parasitaires les unes dans les autres n'ont jamais été eonstatées; au eontraire, on a toujours vu les diverses espèees garder leur individualité soit ehez le même malade, soit ehez les vietimes de la eontagion. Nous avons tenu néanmoins à rappeler tous les faits hypothétiques imaginés par desauteurs qui ne manquent pas d'autorité afin de bien montrer que tout est eomplexe et obseur dans l'histoire de la pelade, que la mycologie tout autant que la elinique n'ont pas dit leur dernier mot et qu'enfin l'argument tiré de la banalité du ehampignon de Malassez ne suffit pas pour nier son rôle possible dans la pathogénie de l'alopéeie aréatée.

A côté des eonditions de milieu, il faut tenir eompte des eonditions de terrain; le fait que la pelade atteint de préférenee les sujets débilités ne paraît pas vrai, ear bien souvent les malades porteurs de eette affeetion se présentent avee les apparenees d'une santé florissante. Mais l'on pourrait penser que l'état du euir ehevelu joue un rôle dans la transmission du parasite. Les ehampignons, dit Tilbury Fox, ne végètent pas sur un terrain vigoureux, mais eroissent sur eeux qui sont le plus disposés à une éruption non spéeifique; e'est pour eette raison que les maladies parasitaires végétales surviennent surtout dans le jeune âge. Cette éruption non spéeifique est-elle néeessaire pour servir en quelque sorte de porte d'entrée au parasite? Jusqu'à présent, eela n'est pas démontré ni même probable, pas plus que l'hypothèse de Buehner (1) qui suppose qu'une petite lésion eutanée est néeessaire pour que l'agent infectieux puisse s'implanter. Cette hypothèse, qui trouverait quelque appui dans les eapriees de la eontagion et eertains modes de transmission (rasoir, etc.) est tout au moins en eontradiction avee le siège du cham-

(1) Buchner. *Virchow's. Archiv* 1878.

pignon de la pelade qui ne se trouve pas au delà des couches tout à fait superficielles de l'épiderme.

L'école de Vienne est anticontagionniste, comme elle est antiparasitaire. Avec une logique que ne comporte pas toujours l'étude des faits cliniques, les dermatologistes allemands nient catégoriquement la contagion et font en somme bon marché des observations que des auteurs dignes de foi ont rapportées en sa faveur. Neumann ne parle même pas de la contagion. Hebra se contente de dire que lorsque plusieurs personnes ont été atteintes de pelade dans la même famille, on doit admettre que le développement de la maladie est le fait d'une disposition héréditaire à une névrose spécifique, comme pour les névroses d'un autre genre.

Il est surprenant que ces auteurs n'aient pas apporté dans l'interprétation qu'ils proposent sur la nature de la pelade, la rigueur scientifique qu'ils opposent aux partisans du parasite. Ne trouvant pas dans les causes jusqu'ici énumérées d'explication satisfaisante de la maladie, ils avancent à défaut, disent-ils, d'autre origine appréciable, qu'il s'agit d'une trophonévrose, d'une diminution ou d'une perte complète de l'influx nerveux qui préside à la nutrition du cheveu. Cette doctrine émise par Bärensprung et Michelson, se trouve signalée non seulement dans les traités des dermatologistes, mais dans les ouvrages généraux sur les maladies du système nerveux. L'area de Celse ou alopécie aréatée, dit Eulenburg (1), est surtout un exemple de la subordination de l'alopécie aux troubles du système nerveux. En faveur de sa nature trophonévrotique, il fait intervenir son apparition et sa disparition rapide, son développement périphérique continu, mais surtout son apparition après les névralgies, les traumatismes, les émotions, l'administration de certains médicaments comme l'arsenic agissant surtout sur le système nerveux et plus particulièrement sur la nutrition de la peau (1 cas de Wyss, pelade à la suite d'arsenic). Comme autres arguments, on fait valoir les troubles de la sensibilité au niveau des plaques alopéciques, l'achromie et quelquefois une légère dépression semblant indiquer une atrophie du derme.

En ce qui concerne les faits étrangers à la pelade vraie et invoqués pour les besoins de la cause trophonévrotique, la critique est aisée. L'alopécie aréatée ne doit pas être assimilée aux alopécies diverses qui surviennent sous l'influence de causes non moins diverses et qui en diffèrent absolument par leur début et leur marche. Et d'autre part, ces cas d'alopécie sont à ce point exceptionnels qu'on n'en trouverait pas dix signalés dans les divers recueils scientifiques.

Les partisans de la trophonévrose font valoir avec une apparence de

(1) Eulenburg, *Lehrbuch der Nerven Krankheiten*, Berlin, 1878.

raison les névralgies et les céphalées qui précèdent quelquefois l'apparition de la pelade. Mais ce début douloureux est presque l'exception, tandis que ces mêmes accidents névralgiques sont d'une grande fréquence et ne troublent que rarement la nutrition pilaire. Les mêmes considérations s'appliquent aux troubles de la sensibilité, que l'on pourrait observer sur certaines plaques de pelade. Neumann parle bien d'une variété de cette maladie qu'il désigne sous le nom d'*alopécie circonscrite* ou *orbiculaire*, caractérisée par de petites places chauves circulaires du diamètre d'une lentille, au plus d'une pièce de 50 centimes. « Les poils présentent le même aspect que dans l'alopécie aréatée, mais la peau dégarnie est profondément déprimée, atrophiée et sa sensibilité est affaiblie au point qu'une piqûre d'aiguille n'est ressentie que lorsqu'elle pénètre profondément. »

Cette description ne paraît répondre jusqu'à présent qu'à un petit nombre de cas. Il faut reconnaître toutefois, et c'est là un des *desiderata* de la question, que la sensibilité des plaques de pelade est trop rarement examinée dans ses divers modes. L'anesthésie, si elle existait réellement, militerait certainement en faveur de la trophonévrose.

Quant à l'achromie qui appartient à certaines formes de pelade et qui constitue un des caractères de la pelade achromateuse de Bazin, elle n'a pas reçu jusqu'à présent d'explication satisfaisante. Par cette particularité, la pelade se rapproche du vitiligo dont elle diffère cependant par l'absence d'hyperchromie qui, dans cette affection, s'observe sous forme de bordure autour des taches ; les récentes recherches de Leloir (1) qui, dans un cas de vitiligo, a constaté une dégénération des filets nerveux cutanés permettent, il est vrai, de supposer que les troubles de la pigmentation cutanée peuvent être sous la dépendance d'une lésion du système nerveux périphérique. Mais pour en revenir à la pelade, l'achromie pas plus que l'atrophie du derme ne constituent jusqu'à présent un des attributs constants de la maladie.

Buchner (2), dans une revue critique récente sur l'étiologie de l'area de Celse, cherche à démontrer que la théorie de trophonévrose est incompatible avec nos connaissances en anatomie et en physiologie. Il fait remarquer en effet que la forme et la progression régulièrement circulaires des placards alopéciques de la pelade ne sont pas en rapport avec la distribution anatomique des nerfs cutanés. Si l'alopécie est le résulta d'une trophonévrose, il faut admettre que les lésions nerveuses siègent au niveau même des plaques, c'est-à-dire qu'il y a dans ces régions certains filets nerveux intéressés dans le milieu de leur trajet tandis que

(1) Leloir. — Communication à l'Académie des sciences, 1879.
(2) Buchner. — *Loc. cit.*

leurs extrémités auraient conservé leur fonction, chose physiologiquement impossible. Et comment expliquer la progression centrifuge des placards alopéciques; il faudrait donc que la lésion nerveuse eût une marche centripète. Et l'auteur ajoute que les déductions auxquelles on arrive sont absolument fantastiques, si l'on veut rapporter ces troubles de l'innervation cutanée à un trouble primitif des centres trophiques, qui du reste, sont peu déterminés.

Il arrive par exemple qu'une même plaque alopécique se trouve innervée par deux nerfs, le frontal et l'occipital. Il faudrait donc que deux centres trophiques (ou du moins une partie minime et bien déterminée de ces deux centres) fussent intéressés en même temps.

Sans aller aussi loin que Buchner et en laissant de côté ces considérations de physiologie pure, on peut objecter, en se basant sur les notions simplement cliniques établies en matière de troubles trophiques, que l'alopécie subordonnée à la lésion d'un nerf devrait suivre régulièrement la distribution de ce nerf, ce qui n'existe pas.

Il résulte de cette discussion que la théorie de la trophonévrose ne repose jusqu'à présent que sur des hypothèses, et que l'aspect général de la pelade ne paraît guère compatible avec l'idée qu'on s'est faite en Allemagne d'un trouble nerveux primitif. Nous n'avons garde de mettre en doute les faits d'alopécie subite survenus, avec ou sans canitie préalable, à la suite d'émotions ou de commotions violentes; mais il y a une différence entre ces alopécies généralisées et souvent durables, et les observations de pelade vraie, maladie spéciale apparaissant le plus souvent sans cause connue du moins par le malade.

Le rôle du système nerveux dans la pathogénie de la pelade n'est donc ni plus précis ni plus démontré qu'il ne l'est dans toute autre affection cutanée où son intervention est possible et probable d'après les idées qui ont cours en ce moment, mais non certaine. Les obscurités et les contradictions que nous avons rencontrées à chaque pas dans l'exposé de la théorie parasitaire, nous les trouvons et même plus grandes dans la théorie de la trophonévrose.

Il semble bien en dernière analyse que la pelade soit le résultat d'un vice de nutrition du cuir chevelu, ainsi que l'établissent très nettement les altérations atrophiques du cheveu depuis longtemps connues et les lésions épidermiques signalées par Malassez. C'est la cause de cette dégénération qui reste obscure et discutée. La recherche des antécédents, du mode de transmission quand la contagion paraît probable, de nouvelles investigations microscopiques et mycologiques aboutiront certainement à dissiper les obscurités et les contradictions que nous avons cherché à préciser.

---

# REVUE FRANÇAISE.

## DERMATOLOGIE.

Du lichénoïde lingual, par le Dr Vanlair, professeur à l'Université de Liège (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie,* n° 1, 10 janvier 1880, p. 51, et n° 3, 10 mars 1880, p. 227).

La pathologie de la langue, un peu négligée il y a quelques années, a été depuis peu l'objet de nombreux travaux. Sans doute, il serait facile de retrouver dans les publications de Ricord, dans les leçons de Cazenave, de Bazin, de Hardy, les premiers linéaments des découvertes récentes ; mais il est incontestable que les études de Julliard, de Trélat, de Debove, de Mauriac, de Lailler, etc. sur le psoriasis lingual et sur l'ulcère tuberculeux de la langue ont donné à cette partie de la science une précision qu'elle n'avait pas ; tous ces travaux, ont en outre, ramené l'attention sur des lésions très intéressantes et cependant mal définies jusqu'à présent. Quelque progrès même qu'on ait pu faire dans ce sens, il est évident qu'il y en a beaucoup à faire encore, et que, si petit qu'il paraisse au premier abord, le champ d'études est encore loin d'avoir été exploré complètement.

Un consciencieux travail, publié par M. le Dr Vanlair, professeur à l'Université de Liège, dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* (nos du 10 janvier et du 10 mars 1880) vient de combler une lacune en donnant une description détaillée d'une petite maladie de la langue déjà signalée par Gubler dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (article Bouche) sous le nom d'*état lichénoïde de la langue,* et que M. Vanlair propose de dénommer plus simplement le *lichénoïde lingual.* Cette lésion qu'on a dû confondre plus d'une fois soit avec le *psoriasis lingual,* soit avec *l'eczéma de la langue,* les *plaques muqueuses,* etc., consiste en une sorte de desquamation qui occupe sur la langue des surfaces arrondies et rouges, limitées par une bordure d'un blanc jaunâtre formant une très légère saillie. En se développant, ces surfaces se rencontrent, se coupent, en sorte que la limite de la lésion est formée par des fragments de cercles qui

se rejoignent ; de là des festons irréguliers ; la marche est centrifuge, comme dans l'herpès circiné, ou l'érythème marginé.

Les surfaces dépouillées sont d'un rouge vif, elles sont déprimées, lisses, et ont perdu l'aspect velouté normal, ce qui annonce la disparition des papilles cylindroïdes ; mais les papilles fongiformes persistent ; quelques-unes de ces dernières paraissent même un peu hypertrophiées ; d'autres, au contraire, semblent légèrement atrophiées.

Les bords du liséré blanchâtre sont formés par de véritables bourrelets arrondis d'un blanc opaque, constitués par une substance homogène, compacte ; on n'y distingue aucun vestige de prolongements filiformes. Cette matière blanche est très adhérente : si on essaye de l'enlever par le raclage, on n'obtient que quelques grumeaux blanchâtres. Ceux-ci, d'après M. Vanlair, ne sont autre chose que le corps muqueux de Malpighi hypertrophié.

Frappé sans doute de la marche centrifuge de l'affection, et la rapprochant peut-être des herpès circinés, Gubler s'était demandé si la lésion ne trouverait pas son explication dans la présence d'un parasite végétal.

Toutefois il est bon de se souvenir que les affections parasitaires ne sont pas les seules qui présentent cette disposition : le psoriasis nummulaire, l'érythème marginé, bon nombre de syphilides procèdent de la même façon.

Que dit donc sur ce point l'observation microscopique ? Gubler, fort compétent dans ces questions, quelque envie qu'il en eût, ne trouva point de parasites dans les cas qu'il examina. M. Vanlair en a trouvé dans les siens, et la figure, fort bien faite, qu'il en donne, présente, au premier abord, un aspect si étrange qu'on serait tenté de croire qu'il y a là, en effet, un parasite spécial. Autour d'un corps central, filamenteux, divisé transversalement en fragments inégaux, fissuré aussi dans le sens longitudinal, et de transparence vitreuse, on voit un amas de corpuscules sporulaires très fins (0 $\mu$ 8) ; du milieu de ces masses sporulaires, émergent de nombreux filaments très grêles et très longs, s'infléchissant et s'entre-croisant.

Le tout n'est autre chose que les sporules et le thallus du *leptothrix buccalis* ; le corps filamenteux central est une fibre végétale quelconque provenant de l'alimentation, et autour de laquelle la production cryptogamique s'est groupée, comme des cristaux se précipitent sur un fil.

M. Vanlair s'est assuré, en raclant des langues saines qu'on y retrouve les mêmes masses chevelues de leptothrix groupées avec leurs sporules autour d'une fibre alimentaire, et il en conclut que le parasitisme végétal ne joue aucun rôle dans l'affection lichénoïde de la langue.

Il serait peut-être intéressant de rapprocher de ce fait et de cette description une autre lésion linguale qui a fait l'objet de quelques travaux récents : *l'hypertrophie papillaire filiforme* (Raynaud, Féréol, Lancereaux, *Union médicale*, 1er et 3 juillet 1869, 14 septembre 1875, 20 mars 1877 ; *Glossophytie*, thèse A. Dussois, 1878).

Dans cette dernière affection, la présence du parasite est-elle constante ? La plupart des observateurs l'affirment, mais la chose est encore douteuse et il n'est pas bien certain, même pour ceux qui l'admettent, que l'hypertrophie papillaire n'ait pas précédé l'apparition du microphyte.

Quoi qu'il en soit du bien fondé de ce rapprochement, revenons à l'étude du lichénoïde lingual.

La marche de la maladie est ordinairement la suivante :

Un état suburral de la langue ouvre la scène, puis les plaques se montrent à la base de la langue en avant des papilles caliciformes, et progressent peu à peu vers la pointe ; les bords, la face inférieure de la langue peuvent même être atteints ; seulement, dans cette dernière région, le mal a un aspect particulier : Le fond est violacé, livide, au lieu d'être rouge, et le bourrelet est d'un rouge vif, au lieu d'être blanc. L'affection a une marche serpigineuse imparfaite : dès qu'un point tend à guérir, un autre se prend, et, quand celui-ci se cicatrise, un nouveau ou bien la partie primitivement atteinte. Il n'y a donc généralement qu'une fausse tendance à la guérison ; la maladie se perpétue indéfiniment.

Les symptômes subjectifs ne sont généralement pas très marqués, ce qui fait que la maladie passe souvent inaperçue. La sensibilité tactile, le goût, sont conservés absolument ; le malade n'accuse ni douleur, ni cuisson, si ce n'est au contact des substances un peu excitantes, le sel, le sucre, etc. Les boissons froides produisent aussi une sensation désagréable. L'appétit est maintenu et les digestions restent bonnes. L'haleine est un peu fade, la bouche un peu sèche, la mastication un peu gênée.

M. Vanlair étudie les circonstances de pathogénie et d'anatomie pathologique qui peuvent rendre compte de ces symptômes, et il conclut de ses recherches que la maladie est une inflammation serpigineuse, à tendance atrophique, qui porte plus spécialement sur les papilles filiformes. Or les *corpuscules* de Krause, qui sont les organes de la sensibilité tactile n'entrent pas tous dans les papilles filiformes et se rencontrent seulement dans le chorion sous-muqueux, de même les *bulbes gustatifs* entrent surtout dans les papilles caliciformes, et en très petite quantité dans les fongiformes.

Les papilles filiformes, qui sont plus spécialement altérées dans le li-

chénoïde lingual, sont des organes qui ne jouent qu'un rôle mécanique; elles retiennent et fixent sur la langue les particules alimentaires.

La physiologie est donc d'accord avec la pathologie, et l'on comprend que l'atrophie de ces papilles laisse intactes la sensibilité générale et la sensibilité gustative.

L'étiologie de cette petite affection est encore fort obscure ; jusqu'à présent on n'a pu la rattacher à aucune diathèse. Elle paraît plus fréquente chez la femme, et coïncide souvent avec des troubles digestifs. Gubler croyait à l'influence de l'hérédité.

Il est certaines affections de la langue avec lesquelles il faut bien se garder de la confondre :

1° Le *psoriasis*. S'il existe parfois des surfaces rouges où les papilles filiformes sont atrophiées dans le psoriasis lingual, on n'y trouve point le bourrelet blanchâtre formant liséré du lichénoïde lingual ; la production blanche, nacrée, du psoriasis, disposée tantôt en plaques irrégulières, lamelleuses, tantôt en traînées granuleuses, n'affecte jamais la forme festonnée de cercles qui se coupent : elle est disséminée sur ces surfaces rouges mêmes, et non à leur pourtour ; on en trouve sur la muqueuse des joues et des lèvres, ce qui ne se voit jamais dans le lichénoïde. Dans le psoriasis lingual il y a une hypersécrétion salivaire qui manque rarement, et une gêne de la mastication plus prononcée que dans le lichénoïde. L'influence du tabac, de la syphilis est fréquente dans le psoriasis, qui, au contraire de ce qui a lieu pour le lichénoïde, ne se rencontre guère chez les femmes et les enfants. Le passage du psoriasis lingual au cancroïde est assez fréquent, ce qui ne s'observe jamais dans le lichénoïde;

2° Les *plaques muqueuses syphilitiques* sont constituées par des épaississements épithéliaux opalins, reposant sur des surfaces plus ou moins rouges, quelquefois par bandes. Elles sont rarement localisées exclusivement à la langue ; on a pour les reconnaître, indépendamment de leur configuration spéciale, la coïncidence de plaques à l'isthme du gosier, aux commissures labiales, à l'anus, etc ;

3° Les *plaques muqueuses des fumeurs* ne diffèrent guère des précédentes que par l'absence de tout autre symptôme syphilitique actuel;

4° L'*eczéma buccal* de Hardy, lésion assez mal définie encore, diffère du lichénoïde par sa permanence et l'absence de toute tendance gyroïde;

5° L'*épithélioma* avec son induration et ses granulations inégales ne saurait être confondu avec le lichénoïde, non plus que les lésions ulcéreuses ;

6° On pourrait ajouter à cette nomenclature le *pityriasis lingual*, affection desquamative simple, qui présente de grandes analogies avec le

lichénoïde, mais dans lequel on ne remarque ni la forme gyroïde, ni la tendance serpigineuse, ni l'atrophie papillaire, et qui est aussi d'une durée moins longue.

S'il est une loi qui paraît constante en dermatologie, c'est la correspondance des lésions cutanées avec les lésions muqueuses. Étant donnée une affection chronique des muqueuses, à quelle maladie du tégument externe correspond-elle? Or, le lichénoïde lingual diffère du psoriasis cutané en ce que ce dernier est une affection *hypertrophique*, non seulement du réseau de Malpighi et du corps papillaire, mais encore de la surface du chorion. Dans le pityriasis cutané il y a exfoliation simple des cellules épidermiques, et rien d'analogue à l'atrophie papillaire avec hypertrophie du réseau de Malpighi qu'on trouve dans le lichénoïde.

Il semble donc que le lichénoïde soit une affection propre à la muqueuse linguale, une endermose n'ayant point son analogue sur le tégument externe.

Telle parait être, au moins, la conclusion à laquelle s'arrête l'auteur du travail que nous analysons.

Quant au traitement, il est fort incertain, et l'auteur cherche à formuler quelques indications, sans paraître animé d'une conviction bien arrêtée. Il recommande de tenter tour à tour l'arsenic, le soufre, les iodures, les bromures, les émollients, les astringents, les cathérétiques même... Evidemment c'est là le point faible de ce travail, très consciencieux et très intelligent. F. FÉRÉOL.

---

SUR L'ÉTAT ANATOMIQUE DU CUIR CHEVELU, COMPARÉ A DIFFÉRENTS AGES DE LA VIE ET DANS CERTAINES CONDITIONS PATHOLOGIQUES, par CH. REMY. (*Journal de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques*, n° 1, 1880.)

La première partie de ce travail peut être considérée comme un appendice aux recherches histologiques faites par le même auteur sur l'anatomie normale de la peau de l'homme aux différents âges (Thèse de Paris 1878, et *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, mai 1878). Dans ce nouveau mémoire, M. Remy a surtout en vue le développement, la chute et la régénération des cheveux ; il expose les notions émises sur cette question en les comparant aux résultats de ses propres recherches.

En ce qui concerne le développement du cuir chevelu, l'auteur admet avec Robin, Kölliker, Sappey, qu'à partir de la naissance, les cheveux augmentent seulement dans leur longueur et leur volume. non dans

leur nombre, car on ne constate pas dans le cuir chevelu des enfants de bulbes en évolution.

C'est vers l'âge de dix-huit ans que la chevelure atteint son développement complet. Le cuir chevelu bien constitué, normal, mesure en épaisseur 230 à 270 centièmes de millimètre; dans cette épaisseur, l'épiderme entre pour 8 à 12 centièmes de millimètre.

Le cheveu, traversant le cuir chevelu, atteint les lobules adipeux sous-cutanés où se loge le bulbe. Il a une longueur intra-cutanée de 300 à 330 centièmes de millimètre. Une question plus importante pour la détermination du développement complet du cuir chevelu, c'est la mesure du diamètre du cheveu. Les cheveux ne sont pas tous égaux en volume, et l'on ne peut par conséquent que donner une mesure moyenne. Kölliker donne comme chiffres extrêmes à l'état normal $0^{mm},05$ et $0^{mm},11$. Remy considère ces mesures comme trop faibles. Pour les cheveux des plus abondantes chevelures d'adulte qu'il a examinés, le chiffre le plus inférieur était $0^{mm},07$, et le chiffre supérieur $0^{mm},13$. Ce n'est que très exceptionnellement ou dans les cas pathologiques qu'il a trouvé des cheveux mesurant depuis $0^{mm}04$ jusqu'à $0^{mm}01$. En pratiquant des coupes parallèles à la surface cutanée qui surtout permettent de se rendre compte de la différence de volume des cheveux, l'auteur a constaté que les cheveux de plus petit diamètre sont ceux qui descendent le moins profondément dans l'épaisseur du cuir chevelu.

On pense que les cheveux n'ont pas une croissance indéfinie et qu'ils sont soumis à des mues. Remy expose les opinions des auteurs sur la régénération du cheveu. Les uns, Kölliker et Langer, font naître le poil nouveau aux dépens de l'ancienne papille, tandis que d'autres font intervenir une nouvelle papille avec un nouveau bulbe, ou même admettent que le cheveu peut se développer sans l'intermédiaire d'une papille. La première opinion est la seule qui soit conforme aux connaissances de l'anatomie générale qui nous apprend que les germes sont tous formés pendant la période intra-utérine et qu'aucun n'apparaît après la naissance. Dans ses recherches, Remy n'a jamais observé que le premier mode de régénération, décrit par Kölliker.

Appliquant aux altérations pathologiques du cuir chevelu, les notions précises d'anatomie normale qui précèdent, l'auteur étudie dans la seconde partie de son travail la pathogénie et l'anatomie pathologique de certaines variétés d'alopécie et de calvitie. Il rappelle tout d'abord que, suivant l'expression de Bazin, il y a entre ces deux états la différence qui sépare le phénomène en voie d'évolution, du fait accompli.

En ce qui concerne l'alopécie surtout envisagée dans certaines maladies, les relations qui existent entre la nutrition générale et la nutrition

de la peau et des poils n'ont pas besoin d'être rappelées. Les lésions du cuir chevelu qui peuvent résulter de certaines maladies peuvent en quelque sorte être mesurées au microscope. Remy a eu l'occasion d'examiner histologiquement le cuir chevelu dans deux cas d'alopécie, l'une chez un typhique mort subitement pendant la convalescence, à une époque où ses cheveux qui étaient complètement tombés, commençaient à reparaître, l'autre à la suite d'érysipèle du cuir chevelu chez un malade mort, un mois après, de granulie, alors que sa tête n'était encore recouverte que d'un duvet fin et discret.

Dans ces deux cas d'alopécie, la lésion était la même, constituée en résumé par la présence simultanée de poils morts et renaissants à diverses périodes d'évolution, et par l'état d'atrophie temporaire des diverses parties constituantes du derme et de l'épiderme. Du côté de l'épiderme, amincissement des couches épithéliales variant de 4 à 5 au lieu de 8 à 12 et surtout de la couche cornée formée de cellules en partie détachées qui encombraient l'orifice des glandes sébacées et la partie supérieure de la gaine du poil ainsi dilatée; la chute du cheveu dans l'alopécie doit surtout être attribuée à cette altération épithéliale. Du côté du derme, atrophie de tous ses éléments à part les glandes sudoripares qui ont conservé leur volume normal. Pour ce qui regarde la régénération du cheveu, l'examen histologique apprend que dans ces cas pathologiques, le poil repousse aux dépens de sa gaine et du bulbe du poil tombé, ce qui confirme les notions données sur ce point par l'anatomie générale :

« Les cheveux qui repoussaient s'étaient reproduits dans le bulbe primitif. Le cordon épithélial, qui s'étend de l'embouchure des glandes sébacées à la petite papille, présente vers sa partie inférieure un renflement dans le centre duquel s'observe un poil conique semblable au poil primitif de l'embryon. La couche cornée de la gaine de ces cheveux renaissants était très épaisse, comme chez le fœtus. La petite papille commence à s'entourer d'épithélium, mais, fait assez singulier, entre la papille et le point où se développe le poil nouveau, existe une sorte de rétrécissement. »

Au lieu d'être générale comme dans l'alopécie, l'atrophie du cuir chevelu dans la calvitie est partielle, portant soit sur le poil simplement, soit sur sa gaine, soit sur sa papille. C'est là une distinction fondamentale au point de vue histologique. L'auteur étudie séparément la calvitie des adultes et la calvitie sénile.

Des théories nombreuses ont été émises sur les causes de la calvitie des adultes. Les plus récentes font intervenir des lésions vasculaires ou des lésions nerveuses, sans que ces hypothèses reposent du reste sur

des faits bien établis. L'étude d'un certain nombre de cuirs chevelus a conduit Remy à admettre une autre cause non signalée de calvitie. C'est l'arrêt du développement du cheveu pendant la jeunesse. En raison de son développement incomplet, le poil résisterait moins aux agents qui peuvent déterminer sa chute. Il peut même arriver que ce développement soit arrêté dès son début et c'est de cette manière que s'expliquent les calvities congénitales. L'examen histologique du cuir chevelu dans un cas d'alopécie congénitale, fait par Askins (Dublin, *Journal of medical science* 1875, p. 200), donne raison à cette manière de voir. Dans les coupes examinées, un ou deux vrais follicules pileux avortés étaient visibles, formant dans la coupe épidermique de légères dépressions et dessinés par une couche de cellules semblables, l'extrémité ouverte regardant en haut. Les dépressions, dit Remy, sont certainement la trace de l'involution épithéliale qui marque le début du poil vers le troisième ou quatrième mois de la vie intra-utérine.

Pour en revenir à la calvitie des adultes, l'auteur fait remarquer que les hommes chauves ont eu habituellement dans leur jeunesse une chevelure fine, que la mensuration des cheveux qui persistent sur les têtes chauves donne une moyenne très inférieure au diamètre normal (1 à 7 au lieu de 7 à 13), enfin qu'un résultat analogue s'observe sur la tête de ceux qui ont les premiers signes précurseurs de la calvitie. Il est bien entendu que cette théorie de l'arrêt du développement ne s'applique qu'aux cas de calvitie survenus dans la jeunesse et sans maladie du cuir chevelu.

La limitation fréquente de la calvitie au sommet de la tête, serait due d'après Remy, d'abord à ce que cette région est la plus éloignée des gros troncs artériels, puis à ce que les cheveux à ce niveau sont le plus tiraillés et tourmentés.

L'état histologique du cuir chevelu chauve est remarquable d'abord par l'atrophie plus ou moins prononcée du cheveu et de son follicule mais surtout par l'hypertrophie considérable des glandes sébacées; celles-ci contrastent par leur volume avec l'atrophie de tout l'organe pileux. Ce fait expliquerait pour Remy l'un des symptômes de la calvitie, à savoir l'apparence polie et luisante de la surface du crâne; il aurait constaté chez plusieurs chauves une véritable séborrhée.

Au contraire, l'atrophie des glandes sébacées est le fait anatomique qui domine la calvitie des vieillards. Il en résulte que chez eux la peau du crâne devient sèche et écailleuse, tandis que la peau du chauve jeune est luisante sous l'enduit sébacé. D'une manière générale, les processus qui caractérisent la sénilité du cuir chevelu sont : 1° l'atrophie des divers éléments; 2° l'inégalité de cette atrophie.

Trois planches lithographiées qui accompagnent l'intéressant travail de M. Remy rendent bien compte de l'état histologique du cuir chevelu dans les cas pathologiques qu'il a pu observer. J. MERKLEN.

---

I. — DES GOMMES SCROFULEUSES ET DE LEUR NATURE TUBERCULEUSE. — BRISSAUD ET JOSIAS. (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, novembre et décembre 1879.)

II. — ABCÈS FROIDS TUBERCULEUX. — LANNELONGUE. (*Société de chirurgie*, 18 février 1880.)

III. — DE LA DACTYLITE UNGUÉALE SCROFULEUSE CHEZ LES ENFANTS. — G. ROUTIER. (*France médicale*, 21 janvier 1880.)

1° Le travail de Brissaud et Josias a spécialement pour but de donner une individualité à une variété de lésions scrofuleuses peu décrite jusqu'à présent, variété sur laquelle Ernest Besnier a surtout attiré l'attention, lui donnant, après Vidal, le nom de gomme scrofuleuse. Indépendamment d'une étude histologique qui en constitue la partie nouvelle, ce mémoire inspiré par E. Besnier, contient une description clinique, basée sur plusieurs observations dont l'une avec autopsie, et un court historique dans lequel les auteurs cherchent à dégager des renseignements plus ou moins vagues de Hunter, de Lebert, d'Alibert et de Bazin, le type encore peu défini qu'ils ont en vue.

La gomme scrofuleuse est une tumeur circonscrite du tégument externe, présentant dans son aspect extérieur de grandes analogies avec la gomme syphilitique, s'ulcérant la plupart du temps et donnant lieu à un produit purulent d'apparence caséeuse. Comme la gomme syphilitique vulgaire des téguments, la gomme scrofuleuse a son point de départ non pas dans le derme, mais dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans l'hypoderme. Très souvent un même malade est porteur de plusieurs gommes à différents degrés d'évolution. Leur existence est quelquefois méconnue; c'est dire que l'affection est indolente, et peut passer inaperçue jusqu'à l'ulcération.

L'évolution du néoplasme peut être ramenée à quatre périodes : une première période de crudité; une deuxième période de ramollissement; une troisième période d'ulcération; une quatrième période de cicatrisation. Mobile au début, la tumeur adhère bientôt au derme et à l'aponévrose superficielle; cependant la suppuration ne gagne jamais les parties profondes, sauf dans certains cas où les produits néoplasiques siègent au voisinage des os surtout de la voûte crânienne souvent

atteinte, d'après les observations de S. Duplay et Ern. Besnier, de périostide externe. L'ulcération et la cicatrisation des gommes scrofuleuses ont des caractères et une marche qu'indique suffisamment leur nature.

Le diagnostic de la gomme scrofuleuse doit être fait avec toutes les tumeurs du derme et de l'hypoderme ; il se base autant sur les signes généraux que sur les signes objectifs. Des difficultés réelles peuvent se présenter à la première période.

Au point de vue anatomo-pathologique, les gommes scrofuleuses sont constituées par des tubercules du tissu cellulaire sous-cutané se présentant sous la forme de foyers tuberculeux proprement dits au voisinage desquels sont agglomérés, en quantité plus ou moins considérable, des granulations folliculeuses. L'examen histologique de ces néoplasmes, à différents degrés d'évolution, a permis de reconnaître un foyer caséeux, central, environné d'une zone inflammatoire se traduisant par une condensation épaisse d'éléments embryonnaires au sein desquels les vaisseaux s'étaient oblitérés ; on y remarquait de plus la présence de nombreuses cellules géantes dispersées au milieu de petits amas de cellules épithélioïdes. Ces différents éléments rangés sans ordre vers le foyer principal de la tumeur, présentaient au contraire dans les parties périphériques l'ordre systématique qui caractérise le follicule tuberculeux de Schuppel. Comme dans tous les produits d'inflammation chronique, ces petits follicules étaient enclavés au sein du tissu fibreux dont le foyer principal avait provoqué l'apparition. Il résulte pour les auteurs, de cette étude anatomique, que la gomme scrofuleuse doit être rapportée à une cause en quelque sorte spécifique, la tuberculose.

2° M. Lannelongue a fait connaître à la Société de chirurgie le résultat des recherches qu'il a entreprises sur les abcès froids tuberculeux, désignant sous ce nom toute collection purulente, à marche lente, qui a pour point de départ un tubercule local. Il en existe deux variétés : l'une dans laquelle l'abcès ou les abcès coïncident avec une lésion osseuse plus ou moins éloignée, l'autre dans laquelle ces abcès sont absolument indépendants de toute lésion osseuse.

Les abcès froids tuberculeux de la première catégorie ont été observés surtout chez des enfants atteints de spina ventosa. Sur dix-sept cas de spina ventosa, M. Lannelongue a constaté cinq fois cette complication. L'explication ingénieuse qu'il en donne mérite d'être relevée. Pour le chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie, il se ferait une infiltration tuberculeuse dans le réseau lymphatique, ou mieux une migration de la matière tuberculeuse à travers les vaisseaux lymphatiques. Les migrations pourraient peut-être être recherchées dans les organes profonds et

les viscères ; on aurait ainsi l'explication des accidents ultimes qui se produisent chez les strumeux atteints de lésions osseuses de nature tuberculeuse, par exemple, de la méningite tuberculeuse.

Les abcès froids tuberculeux sans lésions osseuses chroniques sont fréquents chez les enfants, mais pour M. Lannelongue, il y aurait souvent un volumineux abcès froid primitif, puis, sur les points éloignés, de petites tumeurs secondaires qui ne sont autres que des tubercules, ainsi que le prouve l'examen histologique. Ces petits tubercules, d'abord très petits, variant comme volume entre celui d'un grain de riz et d'une tête d'épingle, mais déjà entourés d'autres noyaux plus avancés, provoquent par leur présence une irritation des tissus ambiants et il se forme ainsi une véritable membrane pyogénique. A l'extérieur, cette poche n'est pas nettement limitée; elle est, au contraire, déchiquetée et confondue à la périphérie avec les tissus voisins plus ou moins altérés par suite des oblitérations vasculaires. A l'intérieur de la néo-membrane, il se produit une prolifération énorme de leucocytes qui sont le point de départ de la collection purulente. Ces abcès tuberculeux peuvent guérir par résolution lente; dans d'autres cas, la poche s'ulcère et s'ouvre; il subsiste alors des fistules qui durent parfois indéfiniment. De nouveaux produits tuberculeux peuvent prendre naissance, alors que les produits primitifs ont été résorbés.

M. Lannelongue arrive à cette conclusion que, la membrane pyogénique pouvant sans cesse donner lieu à des néo-formations tuberculeuses secondaires, il y a lieu de la détruire ou du moins de la modifier. C'est pourquoi il a substitué à la méthode classique d'expectation, dans le traitement des abcès froids de cette variété, l'incision précoce et la rugination de la poche, ce que la méthode antiseptique permet de faire sans accident.

Il semble résulter de la communication de M. Lannelongue, et de quelques détails complémentaires qu'il a donnés à la séance suivante, que ce chirurgien veut étendre aux grands abcès froids les déductions anatomiques et nosologiques qui découlent du mémoire de Brissaud et Josias sur les gommes scrofuleuses.

3° La dactylite unguéale scrofuleuse est une manifestation strumeuse d'un autre ordre que Routier a eu l'occasion d'observer dans le service de M. de Saint-Germain, à l'hôpital des Enfants-Malades. Cette affection débute en général par une simple tourniole qui, étant donné le terrain, aboutit rapidement à une ulcération fongueuse péri et sous-unguéale. Il en résulte bientôt un trouble de nutrition de l'ongle qui devient noir et change de direction; en même temps les tissus mous voisins s'indurent ; la phalangette s'élargit en spatule, et cet état dure

indéfiniment si un traitement approprié n'est pas mis en œuvre. Le traitement employé par M. de Saint-Germain et qui seul aboutit à la guérison, est l'abrasion au bistouri de toute la partie fongeuse, abrasion suivie du raclage de la phalangette, pour éviter toute nouvelle production cornée.

J. MERKLEN.

---

I. — ZONA INTERCOSTAL. — VULPIAN. Sur l'influence qu'exerce la faradisation cutanée portant sur un point limité du tégument dans les cas d'anesthésie due à des lésions cérébrales, à l'intoxication saturnine, à l'hystérie, au zona. (*Bulletin général de thérapeutique*, décembre 1879.)

II. — ZONA OPHTHALMIQUE. — BLACHEZ. (*Gazette des hôpitaux*, 24 et 26 février 1880.)

1° Dans un mémoire étranger pour la plus grande part à la dermatologie, Vulpian donne une observation ainsi intitulée: Zona de la région thoracique inférieure du côté droit. Douleurs névralgiques dans la région correspondante. Anesthésie dans cette même région. Persistance très prolongée de ces phénomènes morbides après la disparition du zona.

Il s'agit d'une éruption de zona survenue *loco dolenti* le lendemain d'un choc violent sur le côté droit. La douleur augmente d'intensité à partir de ce moment et, cinq ou six jours après le début de l'éruption, on constate de l'anesthésie très prononcée au niveau des plaques de zona et dans leur intervalle. La guérison de l'éruption a eu lieu au terme habituel, mais au bout de trois mois et demi, malgré un traitement énergique et varié, l'anesthésie et la douleur existaient encore, un peu modifiées, mais encore très accusées. On avait pratiqué des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, puis de sulfate de strychnine; on avait administré du bromure de potassium, du chloral hydraté, du salicylate de soude; on avait soumis les régions où le zona avait siégé à l'action des courants faradiques, des courants galvaniques; on avait même fait des applications de pointes de feu sur la région rachidienne: le tout sans succès.

M. Vulpian fait suivre cette observation de considérations intéressantes. La lésion nerveuse lui paraît incontestable dans ce cas; une irritation primitive d'un ou de deux nerfs intercostaux, résultat du traumatisme, doit avoir, par suite d'une propagation centripète de l'irritation, déterminé une lésion soit des racines de ces nerfs, soit des points de la substance grise de la moelle avec lesquels elles sont en relation. C'est en

se basant sur ce diagnostic, qu'il avait été amené à appliquer, chez ce malade, des pointes de feu sur la région du rachis correspondant aux nerfs probablement intéressés. La lenteur du travail de dégénération et de régénération des nerfs explique les insuccès des divers traitements employés.

Deux circonstances rendaient, du reste, complexes les accidents nerveux et leur interprétation. Chez ce malade, l'amputation de la jambe droite faite vingt ans auparavant pour une fracture comminative pouvait avoir produit du côté droit de la moelle des modifications de nature à diminuer la résistance de cette partie aux influences morbides ; et d'autre part, ce même malade avait eu, quatre ans avant son zona, une fracture de la neuvième côte droite.

2° L'observation de zona ophthalmique qui a fait le sujet d'une conférence clinique de M. Blachez répond au type classique de Hutchinson. Elle renferme cependant quelques particularités qui méritent d'être signalées. L'affection s'était développée, sans cause connue, chez un homme robuste de cinquante-six ans. Précédée des douleurs névralgiques et des phénomènes généraux propres au zona, elle occupait le côté gauche, et, d'une manière plus précise, les régions innervées par les rameaux nasal et lacrymal de l'ophthalmique.

Une première particularité est celle ayant trait à l'extension de la rougeur, sans vésicules, dans les points innervés par le frontal droit, chose paradoxale, à moins d'admettre un zona bilatéral, fait exceptionnel, ou mieux une lymphangite voisine. D'autre part, il y a eu dès le début une conjonctivite intense, mais les lésions cornéennes ne se sont montrées que huit jours au moins après les premières phlyctènes. Le malade n'a pas eu d'iritis, mais une paralysie de la troisième paire. Au bout de trois semaines, le zona était guéri, laissant à sa suite des cicatrices indélébiles, des points d'anesthésie cutanée et conjonctivale, enfin des ulcérations, non encore en voie de réparation, de la cornée.

A la suite de cette observation, M. Blachez rapporte deux cas de zona grave qu'il a eu l'occasion d'observer : l'un de zona ophthalmique, puis de zona lingual chez la même malade, l'autre de zona ophthalmique ayant laissé sa suite des douleurs profondes intolérables, et des troubles de l'accommodation.

J. MERKLEN.

I. — Des froidures. — G. Bouilly. (*Gazette médicale de Paris*, 3 janvier 1880, nº 1.)

II. — Des maladies chirurgicales causées par le froid. — Desprès. (*Gazette des hôpitaux*, 5 et 12 février 1880.)

III. — Les froidures. — Méricamp. (*Progrès médical*, décembre 1879.)

1° G. Bouilly, dans un article tout de circonstance, passe en revue les théories modernes de l'onglée, des engelures, de la congélation, et fait connaître les excellents résultats que donne dans le traitement de ces accidents le pansement ouaté employé par le professeur Verneuil. Les vaisseaux et les nerfs paraissent jouer le rôle principal dans le mécanisme des froidures.

Dans le phénomène de l'onglée, la teinte violacée des doigts paraît due à une constriction légère des artérioles avec stase capillaire et veineuse. Si l'action du froid se continue, la constriction des vaisseaux devient évidente, les doigts deviennent blancs et exsangues, et cette anémie locale s'accompagne d'anesthésie. A des degrés plus élevés, la paralysie vaso-motrice succédant à l'excitation, il y a engelure (gelure par hypérémie de Babaut), ou bien, le cours du sang étant arrêté, il y a congélation (gangrène par anoxémie de Babaut).

Les notions physiologiques modernes et les expériences récentes de Tillaux sur la congélation des nerfs permettent d'attribuer au système nerveux une part dans la pathogénie des accidents de froid. Laissant même de côté ces faits expérimentaux, « il est bien difficile de ne pas admettre une lésion nerveuse quelconque, encore inconnue dans son essence, mais se traduisant par des troubles faciles à constater dans les parties envahies, à savoir : l'hyperesthésie, l'anesthésie et l'analgésie, les ulcérations rebelles ayant le caractère des ulcères trophiques, les douleurs violentes persistant même quelquefois après la guérison des ulcérations, l'atrophie des muscles du membre lésé, la prédisposition aux ulcérations consécutives, etc. »

Le pansement ouaté a été employé par M. Verneuil dans les froidures du troisième et du deuxième degré. « Le résultat de l'application est merveilleux : au bout de *vingt à trente minutes*, terme moyen, la douleur cesse comme par enchantement et les accidents ultérieurs paraissent absolument conjurés. Le mode d'action ne nous paraît pas difficile à expliquer : d'une part, réchauffement graduel des parties; d'autre part, compression égale des vaisseaux et diminution de cet afflux sanguin, qui est peut-être le danger de seconde main. »

2° Dans une leçon d'ouverture faite à l'hôpital Cochin, M. Desprès étudie surtout au point de vue clinique les engelures, la congélation, l'action du froid sur les inflammations, les plaies, les ulcères et les opérations.

En ce qui concerne les engelures, qui seules intéressent spécialement les dermatologistes, M. Desprès incrimine beaucoup plus les imprudences et le traumatisme chez des sujets refroidis que le froid lui-même. L'engelure est une inflammation, une cutite, succédant à l'onglée, produite et entretenue par des alternatives de froid vif et de chaleur trop forte. Quant aux ulcérations, aux crevasses, elles sont le résultat d'un défaut de soins, de traumatismes, de l'application sur les parties malades de substances irritantes. Les ecchymoses dans les engelures sont également traumatiques, dues par exemple à l'habitude qu'ont les ouvriers de se battre les flancs avec les bras et les mains pour se réchauffer. La banalité des engelures chez les enfants et les jeunes gens permet de considérer comme fausse l'opinion des auteurs qui veulent en faire l'apanage des scrofuleux. J. M.

---

De l'eczéma. — Leçons cliniques de E. Vidal, à l'hôpital Saint-Louis. (*Gazette des hôpitaux*, janvier et février 1880.)

Ces leçons sont consacrées surtout au traitement de l'eczéma ; elles touchent néanmoins à des questions de doctrine sur lesquelles il est intéressant de connaître l'opinion du médecin de Saint-Louis. Passant rapidement sur les eczémas de cause externe qui, pour lui, sont des dermatites vésiculeuses distinctes de l'eczéma, M. Vidal s'attache surtout aux formes constitutionnelles de cette affection, n'admettant que deux des diathèses admises par Bazin : la scrofule et l'arthritisme. Il distingue dans la marche de l'eczéma trois périodes : 1° la période érythémateuse et vésiculeuse ; 2° la période de formation de l'épiderme caduc (aspect vernissé) ; 3° la période squameuse. Avec Hardy et Wilson, l'auteur considère que le pityriasis n'est qu'un mode de desquamation de l'eczéma.

Comme formes rares, M. Vidal signale l'eczéma des muqueuses et particulièrement l'eczéma de la voûte palatine caractérisé par un groupe de vésicules très nettes.

Le traitement spécifique de l'eczéma n'existe pas, mais des indications formelles doivent être tirées, en ce qui concerne surtout le traitement interne, des causes diathésiques. L'emploi des laxatifs, du séné par

exemple, ne donne que des résultats incertains ; l'arsenic, tant vanté par Bazin contre les eczémas herpétiques, n'agit réellement que comme reconstituant et est nécessaire aux organismes débilités, chloro-anémiques, etc. La médication antiscrofuleuse dans les eczémas strumeux, les alcalins chez les arthritiques, sont certainement des adjuvants utiles, mais le traitement externe est le traitement vraiment actif de l'eczéma.

Dans la première période de l'eczéma, M. Vidal conseille les cataplasmes de fécule et le caoutchouc ; il lui a semblé, en expérimentant comparativement les cataplasmes d'un côté et le caoutchouc de l'autre côté du corps, que le premier de ces topiques a une action un peu plus rapide, mais la différence est très faible. Quelques lotions avec l'eau blanche, de la décoction de racine d'aulnaie ou de l'eau phagédémique diluée, peuvent encore être employées pour combattre les démangeaisons.

Les émollients doivent être prescrits dans la deuxième période de l'eczéma, et être remplacés par des lotions astringentes et la poudre d'amidon additionnée de sous-nitrate de bismuth ou d'oxyde de zinc. Le glycérolé d'amidon convient aux eczémas en desquamation, additionné de tannin et de calomel chez les arthritiques, d'huile de cade chez les scrofuleux.

Les eczémas chroniques rebelles sont améliorés par une excitation substitutive comme l'application d'huile de cade pure ou de diachylon ; ce dernier donne de bons résultats dans les formes torpides.

Les bains sont contre-indiqués à la période aiguë de l'eczéma. Quant aux eaux minérales, elles doivent être employées avec précaution : les eaux sulfureuses d'Uriage, de Saint-Gervais, conviennent, surtout en boisson, aux scrofuleux. L'eczéma arthritique et l'eczéma de nature indéterminée se trouvent bien des eaux de Royat, de Néris et de Vichy, etc.

J. M.

---

I. — Maladie d'Addison. — Bucquoy. (*Société médicale des hôpitaux*, 24 octobre 1879).

II. — Mélanodermie généralisée avec lésion des capsules surrénales. — Ern. Gaucher. (*France médicale*, 7 janvier 1880.)

I. — M. Bucquoy a présenté récemment à la Société médicale des hôpitaux un jeune homme de 19 ans, atteint d'une mélanodermie très accentuée dont le début remonte à 10 ans. Jusqu'à ces derniers temps,

le malade, issu de tuberculeux et récemment traité pour une arthrite scapulo-humérale terminée par ankylose, n'avait présenté aucun trouble de la santé générale. Mais, depuis trois mois, la coloration noire de la peau a pris encore plus d'intensité, et la cachexie s'est prononcée. Il y a une dizaine de jours sont survenus de la fièvre, des vomissements et une douleur intense au niveau des fausses côtes droite, en arrière, dans la partie correspondante à la capsule surrénale droite. Les accidents, quoique ayant été de courte durée, ont paru accélérer la marche de la maladie et augmenter notablement la cachexie. Il est probable qu'il existe chez ce malade une tuberculisation des capsules surrénales.

II. — Il s'agit, dans l'observation de Gaucher, d'une femme de 56 ans, présentant sur les jambes des cicatrices indéniables d'ulcérations syphilitiques et atteinte d'une mélanodermie totale et uniforme survenue progressivement sans cause connue. Cette malade n'accusait, du reste, aucun des symptômes habituels de la maladie bronzée et est morte subitement d'une syncope liée sans doute à une dilatation énorme de l'aorte. Les capsules surrénales examinées à l'autopsie étaient creusées d'une cavité centrale, kystique, unique, remplie d'une sorte de boue jaunâtre, d'aspect caséeux. Les lésions comparables à celles que l'on rencontre chez certains sujets atteints de maladie d'Addison permettraient de supposer que la mélanodermie seule est sous la dépendance de l'altération surrénale, alors que les autres symptômes sont plus spécialement liés aux lésions du plexus solaire et du grand sympathique.

J. M.

---

COUPEROSE. — Leçon de HILLAIRET, recueillie par BRAUD. (*Progrès médical,* 6 mars 1880).

Se fondant sur cette hypothèse que la couperose ou acné congestive, est principalement due à une dilatation passive des capillaires de la face, M. Hillairet a abandonné les anciennes médications substitutive et astringente, et essaye de combattre la stase capillaire et l'inertie de la peau par un traitement excitant.

Le traitement consiste en lotions chaudes ou douches de vapeur le matin, application sur la face, immédiatement après, de pommade à l'oxyde de zinc (2 à 3 gr. d'oxyde de zinc pour 30 d'axonge), en lotions soufrées le soir. Celles-ci constituent la partie active du traitement; elles sont faites avec la solution suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Eau distillée............ .. | 250 | grammes. |
| Soufre sublimé non lavé..... | 30 | » |
| Alcool camphré............ | 8 à 15. | |

Les résultats de ce traitement sont rapides, et dès le sixième jour il est possible de constater des espaces de peau complètement sains; au bout de six jours consécutifs, une interruption de deux jours est nécessaire. Pour donner des résultats à peu près définitifs, ce traitement doit être continué pendant deux mois à deux mois et demi. Il ne devra même pas être interrompu complètement, afin d'éviter les récidives ; on conseillera donc aux malades de continuer les ablutions chaudes le matin et de faire le soir des lotions avec de l'eau tiède additionnée d'une cuillerée d'éther sulfurique.

Le traitement chirurgical de la couperose, c'est-à-dire la scarification, doit être réservé aux cas où le développement vasculaire devenu très considérable ne peut plus être modifié par la médication excitante

J. M.

---

Traitement du cancroïde par le chlorate de potasse. (*Société de chirurgie,* 7 janvier 1880, et *Gaz. hebdomad.*, 16 janvier.)

A propos d'un rapport oral fait par M. Després sur une communication de M. Pillate (d'Orléans), relative au traitement du cancroïde par le chlorate de potasse, M. Verneuil conclut que toutes les guérisons opérées par ce médicament sont des guérisons d'adénomes sudoripares, à condition qu'il n'y ait pas encore infiltration dans le derme. G. M.

---

Les poux et les écoles. — Un point d'hygiène scolaire. — Aubert. (*Lyon,* 1879.)

Le chirurgien de l'*Antiquaille* de Lyon soumet aux médecins inspecteurs des écoles une série de considérations sur la fréquence et les conséquences fâcheuses des affections pédiculaires chez les enfants. Cette fréquence est telle que, sur 105 enfants pris au hasard à sa consultation, 8 seulement n'avaient ou n'avaient eu ni poux, ni lentes, en sorte que la proportion des enfants indemnes est de moins de dix pour cent.

Les inconvénients des poux sont multiples :

1° Ils sont une cause d'affections diverses et dégoûtantes du cuir chevelu : impétigo, prurigo, pityriasis.

2° Ils sont une cause de dépérissement et d'anémie. Le fait est aisément constatable au seul aspect extérieur des enfants ; il résulte aussi de pesées régulières faites par M. Aubert, à l'entrée et à la sortie de ces petits malades. La moyenne des chiffres obtenus donne une augmentation de poids de près de 90 grammes par jour.

3° Les poux sont une cause d'engorgements ganglionnaires cervicaux.

4° Ils prédisposent à la contagion et à la généralisation des teignes. Cela serait surtout vrai pour le favus, dont les spores trouvent, dans le suintement ou les croûtes d'un impétigo, des conditions favorables de fixation et d'adhérence.

Comme conclusion, M. Aubert soumet aux médecins inspecteurs des écoles les propositions suivantes :

Tout enfant qui a des poux en quantité notable et de l'impétigo pédiculaire sera temporairement, et jusqu'à guérison, exclu des asiles et écoles ;

Si les poux sont en nombre restreint, et si l'affection cutanée est légère, on se contentera d'une application immédiate de poudre insecticide. Cette poudre fera partie du matériel scolaire. J. M.

---

ONYCHOMYCOSE TRICHOPHYTIQUE OU TRICHOPHYTIE UNGUÉALE. — VIDAL. (*Gazette des hôpitaux*, 1880.)

Ce cas, très rare en dermatologie, a été observé par M. Vidal, chez un homme de 67 ans, atteint depuis trois ans au moins d'un pityriasis trichophytique, d'une trichophytie chronique presque généralisée. Le diagnostic a pu se faire aisément, grâce à cette coïncidence et à l'examen microscopique. Voici, d'après l'observation, quelle est la marche habituelle de l'affection.

Au début, l'ongle s'altère, s'épaissit, se soulève. On voit par transparence sous la lame cornée de petits points jaunâtres délimités qui sont dus à la présence d'amas de spores. Puis les parasites envahissent les lames de l'ongle en stries longitudinales. L'ongle se boursoufle. Les lamelles se dissocient, tombent, en laissant à nu des restes d'ongle. L'exfoliation de l'ongle par lamelles est analogue à celle des cheveux qui se cassent et s'exfolient en forme de balai. J. M.

---

EXANTHÈME GÉNÉRALISÉ DÛ A L'INGESTION DU CALOMEL, PAR ENGELMANN. (*Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 43.)

Il s'agit d'un érythème desquamatif, fébrile, aigu, survenu après une ingestion de 45 centigrammes de calomel en trois doses, chez un homme de 42 ans. Le médecin traitant cherchait en vain la cause de cette éruption, quand le malade lui apprit qu'il était doué d'une intolérance particulière pour les préparations hydrargyriques et que la même mésaventure lui était déjà arrivée deux fois, l'une après avoir pris quelques pilules mercurielles, l'autre après avoir été exposé à des vapeurs hydrargyriques.

Il ne faudrait pas conclure de ce fait, comme semble l'indiquer le titre, qu'il y a en réalité des *exanthèmes mercuriaux* ; il faut en déduire seulement que, chez certains sujets, il y a une intolérance pour les préparations mercurielles. Reste à déterminer ce que sont ces sujets ; nous pensons que ce sont toujours des *arthritiques* au sens bazinien du mot.

E. B.

---

## SYPHILIGRAPHIE

---

NÉVROMES MULTIPLES AVEC TROUBLES TROPHIQUES DANS LE COURS DE LA SYPHILIS SECONDAIRE. — Dr CARADEC. (*Gaz. hop.*, n° 13, 1880.)

Un malade était entré à l'hôpital de Brest avec une balano-posthite symptomatique de chancres infectants que l'on sentait à travers la peau du prépuce. Ganglions sous-occipitaux, pléiade inguinale, lymphangite dorsale de la verge, céphalée persistante avec exacerbations nocturnes, angine spécifique, etc. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, le malade, qui avait déjà subi un commencement de traitement, se plaignit d'une douleur siégeant à la face interne de la cuisse, sur le trajet du saphène interne, du côté droit. Ce nerf est, en effet, tendu et en le parcourant on sent une série de petits renflements ovoïdes mobiles transversalement mais immobiles dans le sens longitudinal. On en compte 25 à 30 dans le parcours fémoral, et 10 à 20 dans le trajet jambier, peu ou pas douloureux.

A gauche, le saphène est normal, mais le sciatique poplité interne dans

le creux poplité est comparable a un chapelet, tant les nodosités sont rapprochées les unes des autres.

La sensibilité est normale dans ses trois modes.

Le lendemain, on constate sur le trajet du saphène malade une ligne pigmentée, brune, et au même niveau une poussée de poils plus abondants. Vus à la loupe, ces poils sont plus courts, plus blancs et plus fragiles que ceux des parties voisines. Du même côté, la température était de 1° 2 plus élevée que du côté sain.

Sous l'influence du traitement, les névromes entrèrent en résolution au bout d'un mois.

Depuis, dans un cas où le diagnostic était incertain, le même auteur crut pouvoir affirmer la syphilis après qu'il eut constaté un chapelet de névromes semblables sur le sujet de l'une des premières branches du plexus brachial. Une poussée de syphilides papuleuses siégeant au cuir chevelu et aux membres vint attester la justesse de ses affirmations.

---

Pronostic et traitement de la syphilis primitive. — M. Ch. Mauriac. (Leçons recueillies par M. de Gastel, interne du service. — *France médicale*, 1880.)

Résumons en quelques mots l'opinon du professeur :

A part quelques rares cas où le chancre se complique de gangrène, de phagédénisme ou d'hémorrhagie, l'accident primitif n'est pas grave par lui-même, sauf encore la gêne qu'il peut apporter à diverses fonctions par son siège (pharynx, langue, paupières).

*Quelle est l'influence de la source du virus sur la nature et la gravité du chancre ?* Elle est nulle, tout dépendant du terrain dans lequel la semence est jetée.

*Que faut-il penser, au point de vue du pronostic, de la longueur ou de la brièveté de l'incubation chancreuse ?*

La longueur de l'incubation n'a aucune action constante sur les principales circonstances pathologiques qui constituent le chancre, les incubations extrêmes et les moyennes donnant à peu près les mêmes résultats.

*Quels sont les rapports qui existent entre la forme du chancre et celle des accidents consécutifs ?* Aucuns rapports ne peuvent être démontrés entre la forme du chancre et l'intensité de la diathèse. Tout au plus peut-on soupçonner ce que seront les premières poussées d'après le chancre et l'adénopathie qui l'accompagne. Une syphilis bénigne

au début peut présenter dans son évolution ultérieure des accidents redoutables, et inversement.

Abordant l'étude du traitement, M. Mauriac expose, au sujet de la prophylaxie, ses doutes sur la mise en pratique de divers moyens proposés. Parlant ensuite de l'excision du chancre, telle que l'ont pratiquée MM. Sigmund, Auspitz, Unna, Kolliker, etc., il ne repousse pas absolument l'idée de l'ablation préventive et de son efficacité réelle dans certains cas de chancres du prépuce au début de leur évolution.

Dans le traitement local, l'auteur prescrit les cautérisations et conseille d'instituer le traitement général si l'on n'a aucun doute sur la nature syphilitique du chancre.

---

Influence de la syphilis sur la grossesse. — Dr Boureau. (*Paris médical*, n° 34, 1880.)

En thèse générale, la syphilis agit d'autant moins qu'elle est plus éloignée de son époque d'apparition et qu'elle a été mieux traitée.

Son influence sur la grossesse est certaine quand le père et la mère sont à la période secondaire de la diathèse acquise.

Si le père et la mère sont à la période tertiaire, l'influence paraît nulle.

Si la mère seule est syphilitique et si elle a été contaminée au moment de la conception, l'action de la syphilis est certaine.

Si la mère a été contagionnée pendant la grossesse, l'influence est d'autant moins marquée que l'on se rapproche davantage du terme. Dans le cas où l'accouchement est prématuré, les lésions du placenta et des membranes sont d'autant moins accentuées que la délivrance a eu lieu plus près du terme régulier. Lorsque le père seul est syphilitique, on ne peut pas donner une conclusion formelle.

Il n'est pas possible d'admettre complètement les affirmations des anatomo-pathologiques qui prétendent que, dans le cas où la mère seule est contaminée, le placenta maternel seul est atteint, et que, dans ceux où le père était seul syphilitique, le placenta fœtal est seul malade. Les altérations du placenta et des membranes sont des lésions vulgaires qui ne paraissent pas spéciales à la syphilis. Elles agissent le plus souvent en amenant la mort du fœtus ou en diminuant sa vitalité.

Pour éviter l'avortement et obtenir un enfant sain, il faut soumettre la femme à un traitement mercuriel, bien que l'efficacité de ce dernier ait été contestée. On a même accusé le mercure de nuire à l'enfant. Des

expériences de M. Porak ont cependant démontré que la pile de Smithson ne parvient pas à révéler la présence du mercure dans l'urine des fœtus nouveau-nés.

Pour plus de sécurité, il n'est pas inutile de faire prendre du mercure à la mère quand le père seul est syphilitique.

Les préparations les mieux supportées sont les frictions et la liqueur de van Swieten.

---

Des rapports entre la syphilis et la paralysie générale, par le Dr Ritti. (*Société médico-psychologique. Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n° 46, 1879.)

L'accord n'est pas encore fait sur le point de savoir s'il existe des paralysies générales et des folies syphilitiques, ou bien si ces affections, paralysie générale et folie, se développent indépendamment de la syphilis chez un syphilitique. Tout au plus, disent les aliénistes, la syphilis peut-elle agir comme cause occasionnelle chez un individu prédisposé (Christian). Les syphiliographes, et notamment M. Fournier, admettent absolument l'existence des folies et des paralysies générales syphilitiques.

Une observation de M. Foville semble donner raison à ce dernier. Il s'agit d'un officier chez qui M. Colin, médecin du Val-de-Grâce, diagnostiqua une paralysie générale. Pendant la vie, le malade présenta tous les symptômes de la paralysie générale; mais, à l'autopsie, on ne trouva rien qui ressemblât aux lésions de la périencéphalite chronique. En effet, à la face externe de l'hémisphère gauche se trouvait une lésion large comme une pièce de deux francs, au niveau de laquelle les méninges adhéraient un peu. La substance cérébrale était en cet endroit infiltrée d'une matière caséeuse non ramollie, dure, autour de laquelle il existait un excès de vascularité. Dans certains points, cette dégénérescence occupait toute l'épaisseur de la substance grise et empiétait sur la substance médullaire du cerveau.

Les couches optiques étaient dans des points différents infiltrées par cette matière caséeuse. L'examen microscopique n'en a point été fait; c'est une lacune qu'il est permis de regretter. Des renseignements ultérieurs, trop ultérieurs, ajouterons-nous, ont appris que le malade qui fait l'objet de cette observation était syphilitique.

Ce cas n'est pas unique : M. Rendu a publié deux faits intéressants de paralysie générale d'origine syphilitique, guérie par le traitement mer-

curiel (*Ann. méd.-psych.*, mars 1879, p. 229). M. Lunier a cité deux observations analogues.

Il serait intéressant de connaître les signes auxquels on pourrait reconnaître cette paralysie générale syphilitique, que M. Foville propose de nommer pseudo-paralysie générale.

Ce point intéressant a été étudié par M. Foville, mais on doit s'avouer qu'aujourd'hui encore le problème reste sans solution. Les symptômes différentiels que M. Lunier indique, tels que absence de délire ambitieux, absence d'inégalité pupillaire, sont mis en doute ; et, de fait, le délire ambitieux a été signalé chez le malade de MM. Foville et Colin. Quant à l'inégalité pupillaire, est-elle constante dans tous les cas de paralysie progressive vraie ? Nous ne le croyons pas.

On peut conclure de ces travaux que la fréquence de la syphilis est une indication formelle de la recherche chez tous les paralytiques généraux, sans cependant adopter encore une opinion dans un sens ou dans l'autre.

G.

---

Syphilis cérébrale. — M. Fournier. — Syphilis cérébro-spinale. — M. du Cazal. (*Communications à la Société médicale des hôpitaux,* 12 *mars* 1880. — *France médicale* du 17 mars 1880.) (1)

*Syphilis cérébrale.— M. Fournier*. Le 21 février entrait dans mon service une femme de 39 ans, atteinte d'accidents syphilitiques dont elle ne cachait en rien l'origine. Elle eut plusieurs séries d'accidents. Le 21 février, elle présentait une vaste syphilide du dos, une périostose claviculaire, une périostose gommeuse frontale gauche ; elle se plaignait en outre de maux de tête localisés à gauche; enfin elle avait parfois des vertiges. Sous l'influence du traitement, la malade semblait aller mieux, lorsqu'elle fut prise d'une variole hémorrhagique qui l'emporta en quelques jours. L'autopsie montra une syphilis cérébrale à laquelle on était loin de s'attendre. Les os présentaient ce que Virchow appelle une carie sèche. A la face interne de la dure-mère on voit des dépôts gommeux caractéristiques. Enfin on constate une symphyse méningo-crânienne complète qu'il est impossible de rompre, même avec le scalpel. Il y a enfin un épaississement exagéré du crâne du côté malade.

Ainsi la syphilis cérébrale peut déjà entraîner des lésions graves, avant de se déceler par des symptômes. La malade ne se plaignait que de

(1) Voyez, pour les observations complètes, le dessin des lésions et les *Bulletins et Mémoires de la société médicale des hôpitaux*, année 1880.

quelques vertiges depuis dix jours et d'un peu de céphalalgie. L'intelligence de cette femme était restée parfaitement nette. Cela explique comment le traitement est toujours en retard en pareil cas : c'est que les lésions précèdent toujours les symptômes.

Dans la syphilis cérébrale, il y a toujours des lésions d'ordre vulgaire qui sont infiniment plus graves que les lésions syphilitiques. Nous voyons ici des lésions syphilitiques, comme la carie sèche du crâne, la méningite gommeuse ; mais la symphyse méningo-crânienne n'a rien de spécifique. C'est là ce que j'ai rencontré dans toutes les autopsies de syphilis cérébrale.

Si le traitement spécifique peut faire quelque chose sur les lésions syphilitiques, il ne peut rien sur les lésions vulgaires. Cela revient à dire que, dans la syphilis cérébrale, ce qu'il y a à craindre, ce sont beaucoup moins les lésions syphilitiques que les lésions vulgaires. Quand on meurt, on meurt de ces dernières.

*M. Hillairet.* L'observation de M. Fournier montre la vérité de ce que j'ai dit au point de vue de la variole, c'est que, lorsqu'il se développe une variole chez un malade en puissance de syphilis, les accidents syphilitiques s'arrêtent, ou même disparaissent.

*M. Fournier.* La syphilis épaissit les méninges, réduit la circulation, et alors se trouve constituée une lésion qui entraîne des symptômes comparables à ceux de la paralysie générale. Quand la sclérose méningée est accomplie, il n'y a plus rien à faire.

*Syphilis cérébro-spinale. — M. du Cazal.* Il y a quatorze ans, M. X, âgé de 58 ans, a eu un chancre syphilitique à la suite duquel il a eu divers accidents. Le 14 août, M. X... s'aperçut d'un affaiblissement de la voix, de faiblesse dans les jambes, puis d'une difficulté de la mastication. Bientôt la voix est devenue bien plus couverte, les symptômes s'aggravent peu à peu.

Il entre le 12 septembre au Val-de-Grâce; il présente une paralysie incomplète des 3e et 7e paires, de la paralysie du voile du palais, de la paraplégie, tout cela limité au côté gauche. Le malade fut soumis à un traitement composé de 8 grammes d'iodure de potassium et 10 grammes d'onguent mercuriel double en frictions, plus une douche chaque jour.

Le malade a quitté l'hôpital complètement guéri. Pendant son séjour au Val-de-Grâce, le malade a pris 340 grammes d'iodure de potassium et 420 grammes d'onguent mercuriel double en frictions.

*M. Fournier.* Ce malade a eu des accidents très sérieux quatorze ans après avoir eu une syphilis très bénigne. M. Broadbent a déjà fait remarquer ceci que, dans le plus grand nombre de cas de syphilis cérébrale ou médullaire, on trouve, au début, une *syphilis de rien du tout*, selon

sa propre expression. En revoyant mes observations à ce point de vue, je suis arrivé aux mêmes conclusions que M. Broadbent; ce n'est pas là une loi, mais c'est le cas le plus général.

Dans la plupart des cas, il est vrai, la syphilis bénigne a été mal traitée; le malade n'est pas enclin à suivre longtemps un traitement qu'il croit inutile. Est-ce là le secret de cette loi de Broadbent? Il n'est pas encore possible de l'affirmer.

Un autre fait qui ressort de l'observation de M. du Cazal, c'est la multitude des paralysies liées à des centres différents. C'est là le cachet de la syphilis.

---

EPITHELIOMA DE LA LANGUE CHEZ UN SYPHILITIQUE.— HYBRIDITÉ MORBIDE.— M. VERNEUIL, *Hôp. de la Pitié.* (*Le Praticien*, nº 10, 1880.)

Un homme de 38 ans, robuste et vigoureux, paraissant jouir d'une excellente santé, grand viveur, m'est envoyé d'une ville du Midi, pour une affection de la langue dont on n'avait pu le guérir. Je le vis en consultation avec mes collègues, les professeurs Trélat et Broca. Cet homme avait eu la syphilis et longtemps même il avait présenté sur la langue ces fissures qui sont propres à une certaine forme de glossite spécifique.

Un jour, il vit apparaître sur sa langue une induration de la grosseur d'une lentille, qui atteignit bientôt la dimension d'une prune. En moins de deux mois, le centre de cette tumeur s'ulcéra et présenta une cavité comme taillée à l'emporte-pièce, de 1 centimètre de profondeur, avec bords taillés à pic et restant béante comme un cratère. Il eut plusieurs hémorrhagies graves, mais l'état général ne se modifia pas et il n'y avait pas de douleur. La syphilis n'était pas douteuse; le malade portait même sur le front, autour de ses cheveux, un feston en apparence caractéristique, et cependant le traitement mixte n'avait modifié le mal en rien.

La marche de l'ulcération avait été rapide, mais à part une légère induration des bords, celle-ci ressemblait tout à fait à une gomme ulcérée avec eschare jaune nankin, comme on en voit quelquefois; mais, au lieu d'avoir une tendance à revenir sur eux-mêmes, les bords du cratère restaient écartés. J'avais déjà remarqué cet aspect chez les syphilitiques atteints d'épithelioma; j'avais même observé l'absence de douleur du cancroïde dans ces cas. Ici, il en était de même et, comme chez ceux que j'ai déjà observés, l'état syphilitique avait modifié l'aspect ordinaire de la lésion locale.

Du reste, en renversant en arrière la tête du malade, on découvrait les ganglions cervicaux et la marche de la maladie vint confirmer notre diagnostic. Dans ces cas, il est fort important de déterminer la véritable nature de l'affection, car si l'iodure de potassium est indiqué dans les lésions tertiaires de la syphilis, ses effets sont détestables dans les maladies cancéreuses.

---

Injections hypodermiques de bichlorure de mercure dans la syphilis, M. Sterne (de Breslau) (*France médicale*, n° 4, 1880).

L'auteur, résumant les avantages de cette méthode, conclut :

1° Ce traitement fait disparaître les accidents syphilitiques dans un espace de temps relativement court ;

2° Il ne nécessite que des quantités minimes de mercure ;

3° Il ne provoque pas d'inflammation locale ;

4° L'état général n'est nullement troublé ;

5° La stomatite est insignifiante ;

6° Cette méthode est plus facile et plus propre que celle des frictions.

La solution que recommande l'auteur est la suivante :

| | |
|---|---|
| Bichlorure de mercure | 0 gr. 25 |
| Chlorure de sodium pur | 2 gr. 05 |
| Eau distillée | 50 gr. |

On injecte tous les jours un centimètre cube de cette solution.

---

Une amputation chez une syphilitique, M. Gross. (*Revue méd. de l'Est* et *Paris médical*, n° 34, 1880.)

Dans le service de M. Gross, à Nancy, se présente une fille robuste, ayant une syphilis constitutionnelle latente, demandant à être débarrassée par l'amputation, d'un pied-bot varus équin, congénital.

L'opération fut pratiquée et voici ce qui en résulta :

Le *traumatisme opératoire* provoqua, le troisième jour après l'amputation, *un rappel de diathèse*, sous forme d'un exanthème généralisé (syphilides papuleuses) qui progressa jusqu'au septième jour, commença à pâlir le onzième, se transforma en taches couleur feuille

morte le vingtième jour et persista sous cet aspect pendant deux mois environ.

*L'influence de la syphilis sur la blessure opératoire* se révéla le vingtième jour, par une ulcération de la plaie qui s'étendit en superficie jusqu'au vingt-quatrième jour (pendant quatre jours) resta stationnaire jusqu'au vingt-neuvième jour, où elle commença à marcher vers la guérison. La cicatrisation se fit avec une extrême lenteur et ne se termina qu'au bout de six mois environ.

Le traitement spécifique a consisté en injections hypodermiques de sublimé (quatorze injections de 1 centigramme en solution albumineuse); frictions mercurielles, iodure de potassium et bi-iodure hydrargirique.

La vaccine, des sangsues, chez les enfants syphilitiques ou scrofuleux, ont des conséquences semblables et occasionnent des plaies scrofuleuses ou syphilitiques.

---

SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES DU LARYNX. — *Congrès international d'Amsterdam* (*Journal de thérapeutique*, n° 21, 1879).

Les laryngopathies syphilitiques représentent les trois cinquièmes des lésions laryngées pour lesquelles les spécialistes sont consultés.

A la période secondaire de la syphilis on observe sur le larynx l'érythème et les plaques muqueuses.

Pendant la période tertiaire : l'érythème papuleux, noueux, les infiltrations gommeuses de l'épiglotte, des replis ary-épiglottiques, l'inflammation des cartilages et du périchondre, les rétrécissements du larynx consécutif à la cicatrisation d'ulcérations et à la rétraction du tissu cicatriciel, ou à la présence de végétations, ou encore à l'ankylose des articulations ayant été le siège de lésions syphilitiques.

*Traitement :* pulvérisations de deutochlorure de mercure suivies d'insufflation de protochlorure (calomel). Traitement général : S'il existe de la chondrite, on pratique des badigeonnages à la teinture d'iode. Contre les végétations : le galvano-cautère. C.

---

Troubles respiratoires dans les laryngopathies syphilitiques. (*Annales des maladies du larynx* et *Journ. de méd. et de chir. pratiq.*, 1880.)

*M. Krishaber* démontre que les troubles respiratoires dans la syphilis peuvent survenir à la deuxième ou à la troisième période, mais que plusieurs années après l'infection, il pouvait survenir dans le larynx un simple érythème suivi d'accidents graves dus, en général, à un œdème pouvant menacer la vie du malade. Le moindre trouble laryngé survenant chez un syphilitique, doit être surveillé avec sollicitude quelle que soit la cause occasionnelle apparente de ce trouble. Le traitement de la diathèse agit admirablement dans ces cas. L'auteur cite à l'appui de cette proposition, l'observation d'une femme chez laquelle on se préparait à pratiquer la trachéotomie, quand une amélioration considérable suivie bientôt de la guérison définitive, se produisit sous l'influence d'une médication énergiquement conduite.

---

## MALADIES VÉNÉRIENNES.

---

Note sur un cas de rhumatisme blennorrhagique a forme noueuse, par M. Huguenard. (*Recueil de mémoires de méd. et chirur. militaires, sept.-octob.* 1879, *et Union médicale, n°* 3, 1880.)

Dans ce cas intéressant, le malade, qui eut cinq blennorrhagies, fut atteint, à la troisième, d'accidents rhumatismaux (aux articulations métatarso-phalangiennes des deux pieds, au talon, à l'articulation tibio-tarsienne). En 1878, à sa quatrième blennorrhagie, qui survint sept ans après la troisième, les douleurs des articulations métatarso-phalangiennes des deux pieds persistaient encore, et il survint un gonflement de l'articulation de la première avec la deuxième phalange de l'indicateur de la main droite.

En 1879, cinquième blennorrhagie, qui développa les accidents articulaires suivants : gonflements autour des articulations de la première avec la deuxième phalange de tous les doigts, excepté du pouce. Les doigts présentent des nodosités articulaires semblables à celles du rhumatisme noueux.

L'auteur fait remarquer la rareté de cette forme du rhumatisme blennorrhagique, et ajoute que dans ce cas, les bourses séreuses (rétro-calcanéennes, les gaînes séreuses des tendons extenseurs des doigts) ont été atteintes.

---

COMPLICATIONS CARDIAQUES DE LA BLENNORRHAGIE, par M. MOREL (*Thèse inaug. Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, *n°* 41, 1879).

La question du rhumatisme blennorrhagique est loin d'être résolue; on peut en dire autant des conjonctives rhumatismales blennorrhagiques. (Fournier, *Ann. de dermat. et de syph.*, nos 1 et suiv., 1869.) Mais si l'on admet l'influence de la blennorrhagie dans l'étiologie de ces affections, pourquoi n'admettrait-on pas, pour certaines endocardites et péricardites, survenant pendant son cours, en dehors de toute autre cause appréciable?

M. Morel a réuni tous les cas publiés dont le nombre s'élève à 13. Sur ce nombre, cinq seulement sont positivement concluants. — Les lésions consistent surtout en endocardites (11 fois sur 13). Ces complications cardiaques surviennent ordinairement dans le cours de rhumatisme blennorrhagique. Cependant, chez deux malades de M. Lacassagne, elles furent les seules manifestations du rhumatisme blennorhagique. Le plus souvent ce sont les valvules aortiques qui sont atteintes. Toutefois, les lésions peuvent siéger sur tous les orifices.

Habituellement légère, cette complication a pu cependant amener la mort en quelques mois dans deux cas (Desnos, Lorain).

Si la fréquence de l'endocardite dans la blennhorrhagie était démontrée, on pourrait, dans un grand nombre de cas où les causes ordinaires des lésions cardiaques font défaut, penser à une blennorrhagie antérieure. G.

---

TRAITEMENT DE L'ADÉNOPATHIE VIRULENTE OU CHANCRELLEUSE AU MOMENT DE SON APPARITION, par M. MAURIAC. (*Journal de méd. et chir. pratique, février* 1880.)

M. Mauriac partage, sur ce traitement, les idées de M. Broca; du reste, voici son opinion résumée, sur ce sujet, tel que nous la donne M. Lucas Championnière :

1° Dès l'apparition de la douleur et du gonflement dans un gan-

glion dont les lymphatiques partent du point où siége une chancrelle, il faut intervenir pour prévenir l'adénite et le bubon chancreux ;

2° Ce bubon étant beaucoup plus fréquent que l'adénite simple, il est prudent d'agir comme si cette dernière n'existait pas ;

3° D'ailleurs, le traitement abortif, loin de l'aggraver, l'abrège, prévient la formation possible d'un abcès inflammatoire considérable ;

4° Ce traitement abortif consiste à plonger dans le ganglion, jusqu'à son centre, un bistouri à lame très étroite et à évacuer le pus déjà formé à l'aide de pressions énergiques et réitérées, puis à injecter, dans la petite cavité centrale un liquide destiné à neutraliser le pus virulent ;

5° On commencera les injections neutralisantes dès que les lèvres de la plaie donneront quelque signe de chancrellisation ; on pourra même les employer après la ponction et l'évacuation du pus ;

6° On se servira d'une solution de nitrate d'argent au dixième ou d'une solution de chlorure de zinc à saturation, dont on introduira quelques gouttes jusqu'au fond de la plaie avec une seringue en verre, à canule très effilée, ou une seringue de Pravaz, à pointe émoussée ;

7° L'injection sera faite une fois par jour avec le nitrate d'argent et tous les quatre ou cinq jours avec le chlorure de zinc ;

8° On fera un pansement dans l'intervalle avec de la charpie imbibée d'une solution de chloral au cent cinquantième, et on donnera tous les deux jours des bains prolongés ;

9° Dès qu'on verra que la chancrellisation ne gagne pas, que le ganglion cesse de grossir et que le processus ne s'étend pas au tissu cellulaire, on renoncera à l'emploi des liqueurs neutralisantes et on se contentera de pansements simples.

10° Il n'existe aucun *traitement abortif complet, absolu* de la chancrellisation ganglionnaire ; jusqu'à présent on n'a pu que la restreindre, l'arrêter dans son développement par tous les moyens précédemment indiqués, qui y réussissent le mieux.

---

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE PAR L'HYDRATE DE CHLORAL EN INJECTIONS URÉTHRALES, par le Dr PASQUA. (*Bulletin général de thérapeutique*, mars 1880.)

L'auteur a observé quatre cas absolument concluants de blennorrhagies

aiguës guéries par les injections de chloral. Ces injections sont faites dès le début de l'écoulement, et deux par jour, l'une le matin, l'autre le soir; maintenues dans le canal pendant quelques minutes, elles suffisent et constituent tout le traitement.

La solution est composée comme suit :

| | |
|---|---|
| Hydrate de chloral................. | 1 gr., 50, |
| Eau de rose......................... | 120 » » |

A partir du troisième ou du quatrième jour du traitement, les envies d'uriner et les érections deviennent moins fréquentes et moins douloureuses, l'écoulement tout en diminuant devient de plus en plus clair et limpide, et il cesse du huitième au dixième jour.

L'auteur n'a jamais observé aucune complication; ni rétrécissement, ni orchite, ni arthrite. Il en conclut que le médicament en question a le pouvoir : 1° de diminuer et de calmer rapidement les envies d'uriner et les érections; 2° d'abréger énormément la durée de l'écoulement; et 3° de prévenir les complications de cette affection.

Les observations sont assurément trop peu nombreuses pour juger définitivement ce traitement nouveau; aussi M. Pasqua, médecin en chef de l'hôpital militaire de Benghazi, engage-t-il ses confrères désireux du progrès à en essayer la valeur.

---

Phlegmons et abcès uréthro-périnéaux symptomatiques de la blennorrhagie. M. Mauriac. Leçons recueillies par M. Guiard, interne. (*Gazette des hôpitaux*, n° 20, 1880.)

Les phlegmons et abcès que la blennorrhagie fait naître autour du canal de l'urèthre peuvent siéger dans toute l'étendue du canal, depuis la fosse naviculaire jusqu'à la prostate et leur gravité augmente avec la profondeur à laquelle ils sont situés. Parmi ces lésions, la moins connue est l'inflammation des glandes de Méry ou de Cowper et M. Mauriac s'est surtout attaché à en faire la description dans cette étude.

Suivant l'auteur la cowpérite peut affecter deux formes : la forme chronique qui donne lieu à un écoulement, l'une des variétés de la goutte militaire, et la forme aiguë; c'est de cette dernière que M. Mauriac s'occupe. Résumons ce qu'il enseigne sur ce sujet.

*Étiologie.* — La cause déterminante par excellence de la cowpérite est la blennorrhagie. Les causes occasionnelles sont les fatigues, l'équitation, etc. Cependant des excès de coït, des violences sur le périnée, l'intro-

duction d'une bougie trop volumineuse peuvent déterminer son développement. Les deux glandes sont rarement atteintes simultanément, la gauche l'est plus souvent que la droite (Morgani).

*Symptômes.* — L'auteur divise l'évolution de l'affection en trois degrés :

*Symptômes physiques ; premier degré.* — Tuméfaction sans rougeur des téguments, profondément située, on sent une tumeur grosse ovoïde comme un haricot, latérale et à grosse extrémité tournée vers l'anus.

*Deuxième degré.*—L'inflammation s'étend au delà de la loge aponévrotique, l'empâtement, les élancements et la douleur augmentent.

*Troisième degré.* — La peau devient rouge et adhérente. Œdème du voisinage. Les douleurs deviennent pulsatiles. La peau s'amincit et le pus apparaît dans un point culminant de la tumeur qui déborde à ce moment la ligne médiane et s'avance également à la partie postérieure du scrotum.

*Symptômes fonctionnels.* — Quelquefois dysurie, plus rarement rétention d'urine, plus rarement encore la défécation est entravée.

*Symptômes généraux.* — Presque nuls ; parfois petit mouvement fébrile et léger état saburral.

*Marche.* — La cowpérite se termine exceptionnellement par la résolution. L'ouverture spontanée de l'abcès se fait soit, vers la peau soit dans le canal de l'urèthre ; dans certains cas, des deux côtés à la fois. Lorsque l'inflammation s'est développée dans les deux glandes, les foyers se confondent. Si l'ouverture se fait du côté de la peau après l'évacuation du pus, la guérison est rapide. L'ouverture de l'abcès dans l'urèthre se signale par un abondant écoulement de pus et, en pressant sur la tumeur périnéale, on voit le pus refluer vers l'urèthre. Avec cette disposition, l'infiltration d'urine est à craindre.

La défécation peut se trouver gênée par contracture réflexe des muscles de l'anus ; mais, dans ce cas, l'exploration de la prostate est indiquée.

L'infiltration d'urine est moins à redouter quand, en même temps qu'il se fait jour dans le canal, le pus est évacué par une ouverture périnéale. Il en résulte une fistule.

*Durée.* — La suppuration se montre du cinquième au dixième jour. Huit à dix jours suffisent à la cicatrisation de la plaie, après l'évacuation du pus.

La guérison se fait attendre plus longtemps si l'urine pénètre dans le foyer. Les fistules se ferment spontanément lorsqu'il n'existe pas d'obstacle à l'écoulement de l'urine.

Les décollements étendus retardent aussi la guérison.

*Diagnostic.* — Il est facile, dans les deux premiers degrés, mais au

troisième degré, il faut tenir compte du siège de l'abcès, explorer le canal de l'urèthre au point de vue d'un rétrécissement possible et pratiquer le toucher de la prostate.

Gubler admettait une inflammation du bulbe ayant son point de départ dans les lobules accessoires intra-spongieux des glandes de Cowper. Il est bien difficile de distinguer cette affection de l'inflammation des glandes elles-mêmes.

*Traitement.* — Avant la suppuration : sangsues au périnée (de quinze à vingt) frictions mercurielles, cataplasmes, bains prolongés, purgatifs salins, repos.

Après la suppuration : incision parallèle au raphé de un centimètre à un centimètre et demi de profondeur et d'autant plus longue que la suppuration est plus manifeste. Injections antiseptiques dans la poche si elle communique avec l'urèthre.

Les *lésions anatomiques* de la cowpérite ont été peu étudiées, cette affection entraînant rarement la mort des malades. Littré a signalé la rougeur, la tuméfaction et la dureté de la glande dans le premier degré; d'autres fois, on l'a trouvée infiltrée de pus ou complètement détruite.

Quant aux *abcès prostato-périnéaux*, leur diagnostic est plus facile et leurs symptômes mieux connus ne nous arrêteront pas; signalons seulement la méthode opératoire que préconise l'auteur. Lorsque l'abcès est développé, on doit inciser, le tranchant du bistouri tourné en avant sur la ligne médiane, dans la direction de la prostate. L'index de la main gauche sera préalablement introduit dans le rectum comme dans la taille de Nélaton.

L'incision commencée à 2 millimètres de l'anus devra mesurer de 2 à 4 centimètres de profondeur sur une longueur d'au moins 3 centimètres.

Cette incision a l'avantage de prévenir l'ouverture spontanée dans le rectum, l'urèthre, la vessie ou dans le péritoine, ce qui serait infiniment plus grave. De plus, la situation déclive de son trajet permet le facile écoulement du pus.

G.

---

OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE. — TRAITEMENT PAR L'ALCOOL. M. GOSSELIN. (*Gaz. Hôp.*, 149, 1879.)

Suivant M. Gosselin, le traitement *le moins mauvais* de la conjonctivite purulente consiste en lavages et instillations de solutions alcooliques répétées. Employé au début, ce traitement est celui qui

offre le plus de chances de succès et qui préserve le mieux la cornée sur laquelle il agit comme sur les plaies chirurgicales.

Le voici formulé :

1° Instillations d'une solution alcoolique, au quart, avec un compte-goutte, toutes les deux heures ;

2° Lavages répétés, par le malade, avec la même solution d'alcool.

---

Abcès prostatique aigu d'origine blennorrhagique, ouvert par le rectum. — M. Terrillon. (*Gaz. des hôp*, n° 124, 1879.)

Un jeune homme de 19 ans entre à l'hôpital de la Pitié pour des douleurs vives, pendant la miction, qui cependant se faisait assez bien. Ces douleurs sont surtout vives au début et à la fin de chaque miction. Ce malade avait, en résumé, une prostatite aiguë, complication assez fréquente d'une affection dont il était atteint : la blennorhagie ; il en offrait, du reste, toute la symptomatologie : sensation de pesanteur, élancements au périnée, défécation douloureuse et difficile. Léger mouvement fébrile, etc.

Le toucher rectal montre une prostate volumineuse, surtout à droite, indurée en plaque irrégulière et présentant une petite portion saillante et un peu fluctuente.

Le lendemain, la fluctuation était absolument nette.

Après avoir fait écarter le côté sain au moyen d'une valve et déplisser la paroi rectale pour éloigner les artères hémorrhoïdales dont on percerait les battements, M. Gosselin fit une ponction sur la portion saillante. Quelques gouttes de pus s'écoulèrent; au moyen de la sonde cannelée, l'orifice fut agrandi et les parois de la poche furent déchirées, ce qui donna passage au pus.

Cette opération soulagea immédiatement le malade. L'exploration de l'urèthre fit découvrir un rétrécissement profond en forme de bride dû à des hémorrhagies antérieures. Cette prostatite suppurée a suivi une marche des plus simples ; mais il faut être prévenu que lorsque le pus se collecte dans l'un des lobes latéraux de la prostate, il descend plus bas, le long de parois latérales du rectum et vient se faire jour au voisinage de l'anus ou même plus bas, à la cuisse, comme dans l'exemple cité par M. Guyon. G.

---

### Des injections d'eau saturée de teinture d'iode dans l'uréthrite chronique.

Au bout de trois ou quatre injections, les malades seraient guéris. Dans les cas où quatre injections ne produiraient aucun effet, il est inutile de pousser plus loin l'expérience. Le Dr Masurel, qui préconise cette médication (*Bulletin méd. du Nord*), ne nous dit pas si elle est douloureuse ni combien de temps il convient de laisser le liquide injecté en contact avec les parois de l'urèthre. Il est également regrettable qu'il n'indique aucune formule précise. G.

---

### Traitement des érections douloureuses dans le cours de la blennorrhagie.

Dans un cas où les moyens ordinaires avaient échoué, le Dr Glandot (*in Arch. méd. belges*) réussit à juguler ces érections intempestives par des injections sous-cutanées de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine, pratiquées au périnée. G.

---

### Végétations de l'urèthre chez la femme, par M. Terrillon, chirurgien des hôpitaux. (*Journal de méd. et de chir. pratique.*)

Suivant M. Terrillon, ces végétations, considérées ordinairement comme de simples papillomes résultant d'une irritation, seraient sous la dépendance de la tuberculose. Dans trois cas qu'il a observés, M. Terrillon a vu les accidents se développer et se compliquer de tuberculose vésicale. Toute opération tentée sur ces végétations a pour effet d'augmenter la douleur, c'est pourquoi l'auteur se contente de les toucher légèrement avec une solution faible de nitrate d'argent. Cette lésion, d'apparence inoffensive, comporte donc un pronostic souvent grave, puisqu'elle est une manifestation de la diathèse tuberculeuse. GIBIER.

---

Du traitement des chancres simples par l'acide pyrogallique. *Société de thérapeutique.* Janvier 1880.)

Vidal a employé l'acide pyrogallique à la dose de 20 0/0, mêlé à l'axonge, comme caustique abortif des chancres simples, bénins ou phagédéniques (chancres vénériens, chancres mous) ; trois à six applications quotidiennes lui ont paru suffisantes pour arrêter la marche envahissante de la lésion. La douleur est modérée et peu prolongée.

Voilà une application intéressante du pyrogallol, que chacun pourra aisément utiliser et contrôler. Nous engageons seulement les expérimentateurs qui voudront publier le résultat de leurs observations à préciser nettement ces observations, et surtout à expérimenter comparativement ; nombre de chancres vénériens sont bénins, modérément virulents, et évoluent vers une terminaison favorable sous l'action des moyens les plus simples et les plus variés. E. B.

## REVUE ÉTRANGÈRE.

### DERMATOLOGIE.

I. Beitrag zur Kenntniss der Ætiologie des Erythema nodosum (contribution a l'étiologie de l'érythème noueux, par le prof. J. Neumann.

II. Ueber Erythema exsudativum multif. (de l'érythème exsudatif multiforme), par M. le Dr Rosenberg. Communication faite à la Société de médecine de Berlin, le 14 mai 1879.

III. Einige Beobachtungen ueber das Erythema exsudativum oder multiforme (quelques observations sur l'érythème exsudatif ou multiforme), par M. le Dr Charlouis, de Sumatra.

I. Dr Neumann. — Existe-t-il un rapport étiologique entre l'érythème en général et l'érythème noueux en particulier, et les processus pathologiques d'autres organes ? C'est encore là un point très controversé.

Quelques auteurs considèrent l'érythème noueux comme une simple variété de l'érythème exsudatif multiforme, d'autres le regardent comme une affection indépendante, *sui generis*. Cette dernière manière de voir est celle du professeur Neumann. Selon ce dermatologiste, l'érythème noueux serait une affection idiopathique n'ayant de commun que le nom avec l'érythème multiforme; car l'érythème multiforme survient épidémiquement dans ses différentes périodes de développement sous forme d'E. papuleux, annulaire, iris, gyroïde, et passe d'une forme dans l'autre; de l'E. papuleux naît l'E. annulaire, par suite de la disparition de la partie centrale; de ce dernier provient l'E. gyroïde, et par la poussée de nouveaux exsudats l'érythème iris. Mais il n'a pas encore observé la transformation de ces formes en érythème noueux ou le contraire.

Si l'on passe ensuite à l'étiologie de l'érythème noueux, on verra qu'il survient à la suite de nombreuses affections. Willan, Rayer, Pouteau, Bazin, Trousseau, Requin, Purdon, Tilbury Fox, E. Lipp, Bouilland, ont noté la coïncidence de l'érythème noueux avec des maladies internes; quelques observateurs ont également appelé l'attention sur la connexion de cet érythème avec les inflammations articulaires, l'endocardite, la bronchite, la chlorose, la tuberculose. W. Oehme a vu survenir l'érythème, principalement chez des individus chlorotiques; Tanturri pense qu'il peut être provoqué par la peliose rhumatismale; d'après Uffelmann, la maladie s'observe chez des sujets nés de parents tuberculeux; Zuckholdt et Odier le considèrent comme une affection des vaisseaux capillaires de la peau dont la cause première est une endocardite. Revillout et Benedikt ont trouvé l'érythème coïncidant avec la chorée.

L'auteur rapporte ensuite trois cas d'érythème noueux au point de vue étiologique.

Dans le premier, il s'agit d'une femme de 35 ans, dont les membres supérieurs et inférieurs étaient recouverts de nombreuses nodosités du volume d'un pois jusqu'à celui d'une noisette, qui s'étaient développées avec de violents phénomènes fébriles, de l'oppression, et dont l'apparition fut suivie, dès le 3e jour, d'un épanchement pleurétique qui occupait la moitié droite du thorax jusqu'à la troisième côte. La résorption fut aussi rapide que l'avait été l'exsudation, les efflorescences cutanées disparurent au bout de trois semaines, et leur existence ne laissa pas d'autre trace qu'une pigmentation d'une assez longue durée.

Le second cas concerne un enfant de 5 ans qui, depuis trois mois, souffrait de poussées répétées d'érythème noueux à la suite desquelles la nutrition avait été profondément atteinte. L'inappétence, des douleurs

continues dans les articulations existèrent avec de rares interruptions pendant toute la durée de l'éruption cutanée.

Le troisième cas se rapporte à une femme de 45 ans, anémique, qui avait eu 15 ans auparavant un cezéma aigu, et était depuis 2 ans atteinte d'un catarrhe intestinal chronique. Au commencement de janvier 1879, elle fut prise d'un érythème noueux sur les membres inférieurs ainsi que sur les avant-bras. Au moment où le professeur Neumann fut appelé, il y avait des tumeurs et des nodosités saillantes au-dessus du niveau de la peau, du volume d'une lentille, d'une pièce de 50 centimes, voire même d'une pièce de 5 francs en argent, très douloureuses au toucher. Cette éruption avait été précédée de frissons suivis bientôt d'une température de 40°. La malade était affaiblie, abattue, sans appétit, et avait des sueurs abondantes. Il existait en outre des évacuations diarrhéiques de nature purulente. L'abdomen était sensible au niveau de l'S iliaque, la sécrétion purulente augmenta de jour en jour pendant les deux premiers mois ; on constata que l'éruption et que les accès de fièvre étaient plus marqués quand la sécrétion purulente s'arrêtait. Les frissons étaient constants, ils avaient même une durée de 3 à 4 heures qui consumaient les forces de la malade et qui étaient toujours suivis de poussées érythémateuses. Un point est établi, c'est que, avec la sécrétion du pus, l'éruption cutanée disparaissait, tandis que, au contraire, elle augmentait aussitôt que la sécrétion était arrêtée. La malade guérit.

On ne saurait, dans ce cas, interpréter l'érythème noueux que dans le sens d'une inflammation des vaisseaux lymphatiques et sanguins, dans laquelle les nodosités pouvaient être occasionnées par la résorption du pus.

Il faut en outre constater qu'il y a des érythèmes noueux qui se développent avec de légers phénomènes fébriles, et disparaissent spontanément dans l'espace de 3 à 4 semaines, ce sont peut-être ceux que Lewin considère comme des affections des vaso-moteurs. Assez souvent l'érythème noueux apparaît comme un phénomène symptomatique consécutif, soit à la suite de l'inflammation de certains organes (cœur, poumons), soit à la suite de résorption du pus, en sorte que dans des cas de cette nature l'érythème est certainement provoqué par une inflammation des vaisseaux sanguins et lymphatiques de la peau. Comme Hebra, le Dr Neumann croit que cette forme d'érythème repose sur une maladie des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Hebra a même vu des cas dans lesquels les nodosités étaient rangées le long des vaisseaux lymphatiques, de telle sorte que ceux-ci présentaient les symptômes d'une injection de ces vaisseaux. Fuchs avait déjà placé les érythèmes dans les affections érysipélateuses.

L'opinion de Bohn acquiert pour ces cas d'érythème noueux beaucoup de vraisemblance, car, d'après lui, les nodosités résulteraient d'un infarctus hémorrhagique circonscrit des capillaires et des plus fines artères de la peau. Cette manière de voir de Bohn est d'ailleurs confirmée par M. Möller, de Berlin. D'après une citation de Lewin, Sperling a trouvé quatre fois des embolies de la peau sur 300 morts à la suite d'endocardite.

L'auteur passe ensuite en revue les diverses hypothèses qui ont été émises sur la nature de l'érythème noueux; il cite notamment celle de Lewin. Comme cette théorie est connue de nos lecteurs et que d'ailleurs elle est longuement exposée dans le discours du Dr Rosenberg (voir ci-après), nous ne nous y arrêterons pas et nous nous bornerons à reproduire l'opinion du professeur Neumann.

Suivant ce dernier, l'érythème noueux est une maladie indépendante qui n'appartient pas à la classe de l'érythème multiforme. Elle se développe d'une manière aiguë, soit avec de légers phénomènes fébriles et des douleurs rhumatismales, principalement chez les sujets anémiques, et disparaît alors spontanément dans l'espace de 3 à 4 semaines sans récidives. D'autres fois les nodosités érythémateuses ne sont que des symptômes d'affections d'autres organes (endocardite, pleurésie, etc.), ou encore elles accompagnent le rhumatisme, la pyémie, cas dans lesquels on doit les considérer comme ayant une signification plus grave pour la maladie. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 1879, n° 44.)

II. Dr Rosenberg. — Nous croyons que les lecteurs des *Annales* ne liront pas sans intérêt la communication faite par M. le Dr Rosenberg en réponse au mémoire que le professeur Lewin a publié dans les *Annales de la Charité* sur l'érythème exsudatif multiforme. La théorie du professeur de Berlin est bien connue. Suivant cet auteur, la cause de tous les érythèmes serait dans une dilatation des vaisseaux sanguins avec exsudation consécutive ; ce sont de véritables angionévroses provoquées par une altération des nerfs qui tiennent sous leur dépendance le système vasculaire et qui peuvent être produites par une irritation périphérique ou centrale.

A propos de la partie historique contenue dans le mémoire du professeur Lewin, M. Rosenberg rappelle que, dès 1869, Köbner considérait l'érythème noueux comme une angionévrose.

Dans un article publié à cette époque, dans les *Archiv. für Dermatologie* et sous le titre de « l'existence du pemphigus aigu » Köbner décrit un cas de cette maladie chez une femme en couches qui était en même temps atteinte d'érythème noueux. A cette occasion il se demande si l'érythème noueux, comme Bohn le prétend, a une origine em-

bolique ou vasomotrice ; il admet la seconde théorie. Nous laissons la parole à M. Rosenberg :

M. Lewin va encore plus loin. Il affirme que l'érythème noueux (bien entendu pas tous les érythèmes noueux, mais ceux accompagnés de fièvre, qu'il appelle *érythèmes malins*) est une angionévrose infectieuse. S'il est déjà regrettable d'avoir recours à une hypothèse, pour se faire une idée approximative d'un fait ou d'un processus, il est encore plus fâcheux de réunir dans ce but deux hypothèses, de substituer à une inconnue deux inconnues qui ne le sont pas moins. Je demande, dit M. Rosenberg, à être bien compris : Je ne nie nullement qu'il puisse y avoir et qu'il y ait des angionévroses ; encore moins nierai-je l'infection, c'est-à-dire l'existence des formations microscopiques, notamment des bacteries qui sont des causes d'infection. Je conteste seulement que M. Lewin ait, je ne veux pas dire prouvé, mais même en quelque sorte rendu vraisemblable dans l'érythème noueux l'angionévrose et l'infection. Car les preuves que M. Lewin fournit pour l'existence de l'infection ne sont pas admissibles ; nous trouvons accidentellement de la fièvre dans les maladies de la peau les plus variées et on peut constater une marche typique, une période prodromique d'invasion, etc., accompagnés d'une température élevée et de symptômes qui font croire à une maladie grave. On ne doit pas attacher d'importance, pour la solution de cette question, à ce que l'érythème noueux est compliqué, dans son cours, d'autres maladies même de maladies fébriles de la peau (pemphigus, voy. Köbner, *l. c.*)

Les petites épidémies, citées par M. Lewin, de Oehme et de Gall, les seules observées jusqu'à présent ! ! ne méritent que très improprement ce nom. La présence quelquefois plus fréquente d'une maladie dans une localité, ne constitue nullement une épidémie qui puisse faire admettre sa nature infectieuse. Si, dans une ville, il y a un certain nombre d'hommes prédisposés à prendre l'urticaire après avoir fait usage d'aliments déterminés (écrevisses, etc.), ou après des remèdes (quinine, etc.), ou à la suite de traumatismes (piqures de sangsues, etc.), il en résultera que beaucoup de personnes seront atteintes d'urticaire, si ces conditions agissent par hasard pendant des semaines ou des mois. Ce serait une erreur manifeste de considérer ces cas comme une épidémie et de conclure à une infection.

Si donc la théorie de M. Lewin paraît un peu plus qu'une simple hypothèse, on doit avec raison s'étonner que M. Lewin arrive à la présenter comme une explication topique pour l'érythème noueux. Car, suivant mon opinion, qui ne saurait préjuger en rien la question, l'hypothèse de l'angionévrose infectieuse pourrait en réalité servir d'explication pour tous les phénomènes pathologiques. On expliquerait

tout d'abord le vaste domaine des inflammations. Si nous nommons une maladie inflammatoire quelconque, telles que la pneumonie, la pleurésie, péritonite, méningite, etc., il n'est rien de plus facile que d'expliquer ces processus comme des angionévroses infectieuses. L'infection agit sur les ganglions vaso-moteurs périphériques ou centraux, d'où naît une irritation morbide dans les nerfs qui se rendent aux vaisseaux des poumons, de la plèvre, etc... Ces vaisseaux sont, comme le dit M. Lewin, « resserrés au début, ensuite dilatés, en un mot il se produit une exsudation ». Mais on peut facilement placer dans le vaste cadre des angionévroses infectieuses le nombre considérable des maladies nerveuses, toutes les névroses de la sensibilité et de la motilité. Car, si nous avons des *vasa vasorum*, nous avons aussi des *vasa nervorum* et ces vaisseaux ont encore des nerfs qui sont en connexion avec des centres moteurs. Si maintenant on fait agir à volonté sur ceux-ci un agent infectieux, l'explication est ainsi complète. Vous voyez donc, Messieurs, que si l'on admet une angionévrose infectieuse, on arrive à une théorie qui devrait réformer toute la médecine, et serait en état d'expliquer de la manière la plus simple toutes les maladies. Il m'est impossible de dire si nous arriverions ainsi à une conception plus profonde de la nature des phénomènes. En tous cas il n'est pas facile de comprendre pourquoi M. Lewin propose cette hypothèse pour un groupe limité de maladies de la peau.

Encore un mot. Je soigne, par hasard, en ce moment, deux cas d'érythème noueux : l'un concerne une jeune dame de 21 ans, qui souffre depuis cinq ans de cette affection. Elle se trouve dans les meilleures conditions, elle a un excellent régime, mais elle est extrêmement pâle ; au début elle présenta, outre des troubles menstruels, tout un chapelet de ganglions cervicaux engorgés et on soupçonna une leucémie lymphatique. L'engorgement ganglionnaire a presque complétement disparu sous l'influence du traitement, l'érythème persiste. Malgré cela la malade pouvait sans efforts considérables participer aux plaisirs fatigants de la grande ville. Le second cas est relatif à une dame mariée qui, depuis son premier accouchement, il y a sept ans, souffre de cette maladie. Elle est encore atteinte de cette affection, tantôt à un faible degré, tantôt d'une manière plus intense, mais elle jouit d'ailleurs d'un état relativement meilleur de santé. Il ne viendra à l'esprit de personne la pensée d'expliquer ces cas comme des angionévroses infectieuses ; on devrait plutôt les considérer comme des angionévroses produites par des irritations de l'appareil génito-urinaire. On peut se demander comment une angionévrose existerait depuis sept ans, sans interruption, sans produire dans les centres atteints des altérations qui devraient

éveiller encore d'autres phénomènes morbides. J'accorderais cependant volontiers que des irritations de l'appareil génital provoquent chez quelques femmes des éruptions de la peau. Je me rappelle même avoir vu deux fois, après l'application de sangsues sur le col de l'utérus, survenir, à peine au bout de deux heures, une éruption considérable d'urticaire sur la face et le cou, au point que, dans l'entourage, on pensait qu'il s'agissait de sangsues empoisonnées. Par conséquent, on ne saurait mettre en doute la connexion des organes génitaux urinaires de la femme avec certaines formes de maladies cutanées. Il me semble seulement que l'expérience citée par M. Lewin n'a aucune valeur réelle au point de vue de ses affirmations. M. Lewin dit que, chez une fille atteinte d'érythème noueux et de gonorrhée, après la guérison presque complète de l'urétrite et la disparition de l'érythème, il a vu de nouveau survenir un érythème au bout de 16 à 18 heures par suite de l'irritation du canal de l'urèthre. Mais, chez ces malades, on trouve souvent, comme je l'ai vu moi-même, que le soir elles sont presque indemnes d'érythème, quelquefois même complétement indemnes, et que, sans qu'il y ait eu de causes d'irritation, elles sont, le matin, couvertes de nodosités douloureuses. Pour rendre sa démonstration plus péremptoire, M. Lewin aurait dû présenter plusieurs femmes n'ayant jamais été atteintes ni auparavant, ni actuellement d'érythème noueux. Si, après avoir provoqué une urétrite, il était survenu chez toutes, ou du moins chez quelques-unes, une éruption érythémateuse, et cela en peu d'heures, on aurait été obligé de reconnaître l'expérience comme probante ; mais de la façon dont M. Lewin l'a présentée, il m'est impossible de lui attribuer la moindre importance.

(*Vierteljahrresschrift für Dermatologie und Syphilis*, n° 4, 1879.)

III. Dr Charlouis. — L'auteur a eu l'occasion, pendant les mois de mai et de juin 1878, d'observer dans les hôpitaux de Java et de Sumatra quelques cas d'érythèmes multiformes, qu'il fait suivre de réflexions sur la nature de ces affections qui sont encore un des points les plus obscurs de la pathologie cutanée.

Voici les dix cas rapportés par M. le Dr Charlouis :

1. E..., Européen, homme robuste, 24 ans, entre à l'hôpital pour la syphilis. Quelques jours après son admission, accès de fièvre, T. 39° C. douleurs et tuméfaction des deux genoux, insomnie, troubles gastriques. En même temps apparition sur le côté de l'extension des genoux d'un érythème. La fièvre dura un seul jour, l'éruption environ 15 jours, tandis que les douleurs et la tuméfaction ne disparurent que 6 jours plus tard.

2. J..., Européen, 21 ans, très robuste ; fièvre, T. 40° C., douleurs et

tuméfaction des articulations des mains, des genoux et des pieds. Le jour suivant exanthème papuleux sur les deux avant-bras et les jambes. En quelques points, anneaux vésiculeux. Au bout de 15 jours l'exanthème avait complètement disparu; quant aux douleurs elles persistèrent encore 10 jours.

3. E..., Européen, 30 ans, constitution faible, accès de fièvre, T. 40° C. Peu après, douleurs et tuméfaction des grosses articulations. Un jour plus tard érythème papuleux généralisé, aux membres inférieurs érythème iris; autour des genoux purpura hémorrhagique. La fièvre dura 3 jours; le processus entier trois semaines.

4. G..., Européen, 20 ans, complexion délicate. Douleurs et tuméfaction légère des articulations des mains avec une T. de 39° C. Autour de ces jointures, mais principalement sur la face dorsale des deux mains, il survint un érythème circiné, confluent, avec quelques groupes d'herpès. La fièvre ne persista qu'un jour, l'érythème et l'herpès 13 jours et l'affection articulaire tout un mois.

5. F.., Européen, très robuste, T. 40° C. Douleurs vives et tuméfaction de toutes les grosses articulations; bientôt après érythème papuleux sur les membres supérieurs et inférieurs, rien sur le tronc, sur les jambes; il survint, en outre, un jour après des nodosités de la grosseur de la moitié d'un œuf, avec œdème et tuméfaction périphériques, érythème noueux. La fièvre dura 3 jours, l'érythème 3 semaines, tandis que les autres efflorescences avaient complétement disparu au bout de 18 jours; les douleurs articulaires et la tuméfaction persistèrent un mois.

6. L..., Européen, faible, 32 ans, accès de fièvre, T. 39° C. Douleurs articulaires des mains, sans tuméfaction, en même temps érythème circiné sur les deux avant-bras. Prurit cutané consécutif à une urticaire généralisée. Quelques bulles de pemphigus.

7. M..., Européen, 23 ans, robuste. Depuis quelque temps douleurs dans toutes les grosses articulations, qui étaient légèrement enflées. Rhumatisme articulaire antérieur.

Il survint tout à coup une tuméfaction de toutes les articulations, grosses et petites, accompagnée de vives douleurs et d'une T. de 40°,3 C. qui persista 3 jours.

Un jour après, rougeur générale de la peau et exanthème papuleux marqué surtout sur le côté de l'extension des membres. Purpura hémorrhagique au niveau des articulations des genoux et des pieds. Sur le dos des pieds il y avait des nodosités. Le front et la nuque étaient recouverts de nodosités érythémateuses. Les efflorescences durèrent 4 semaines et le rhumatisme 2 mois.

8. B..., Européen, bien constitué, 26 ans. Fièvre et en même temps

exanthème aux deux jambes. Cet état paraissait tenir à un travail continu dans des rizières submergées dans lesquelles il était obligé de rester ayant de l'eau jusqu'aux genoux. Exanthème multiforme d'Hebra. La maladie dura 15 jours, laissant encore un peu de faiblesse dans les jambes.

9. Cas semblable au précédent et survenu dans les mêmes conditions.

10. K.., Indigène. Très robuste. Exanthème accompagné d'élévation de température, de douleurs articulaires. Traité alors comme eczémateux.

Trois mois plus tard, nouvelle éruption avec T. 40 C. Appelé en consultation le Dr Charlouis constata que l'éruption, la même que la première fois, était un érythème exsudatif, coloration rouge foncé intense des jambes et des avant-bras, genoux et coudes colorés en rouge sombre. Sur tout le corps, ainsi que sur la face, taches rouge foncé, surtout sur le côté de l'extension des membres. Sur l'avant-bras et la jambe à l'exception de la paume des mains et de la plante des pieds il y avait des vésicules d'herpès, çà et là quelques bulles de pemphigus. Sur tout le corps, urticaire et herpès reposant sur un fond rouge. A la face, érythème circiné. Sur la muqueuse buccale taches foncées, gencives violettes sans tendance à l'hémorrhagie. Guérison. Les douleurs persistèrent un peu plus longtemps que l'éruption.

Il m'est impossible, dit M. Charlouis, d'admettre l'opinion de M. le professeur Lewin, car dans les observations ci-dessus si le rhumatisme ne paraît pas être toujours la cause de l'érythème, il existe cependant dans la plupart des cas.

L'auteur s'élève aussi contre cette autre assertion du professeur de Berlin que : l'érythème exsudatif est occasionné par une dilatation des vaisseaux sanguins avec exsudation que l'on devrait rapporter à une modification pathologique des nerfs vasculaires. A l'appui de cette manière de voir, il indique le siège symétrique, la constitution et l'âge des malades (on a toujours affaire dans ces cas à des sujets jeunes, faibles, anémiques ou chlorotiques chez lesquelles les nerfs vasculaires sont mal nourris). Enfin si l'on gratte la peau avec l'ongle, il se produit une traînée blanche entourée d'un liséré rouge.

Mais, comme le dit M. Charlouis, dans le rhumatisme, la symétrie n'existe-t-elle pas dans la plupart des cas ? D'autre part ne résulte-t-il pas des faits ci-dessus que des sujets robustes sont atteints d'érythème? Quant à l'irritation cutanée produite par le passage de l'ongle, elle survient aussi dans l'urticaire, que l'on peut considérer comme un dermatospasme. On empêche, du reste, cette réaction de la peau, si on agit auparavant sur elle au moyen du chloroforme.

Suivant Köbner et quelques auteurs, l'urticaire est une maladie très rapprochée de l'érythème exsudatif, et souvent, dans l'érythème multiforme, on voit survenir d'abord une tache rouge qui s'élève peu à peu au-dessus du niveau de la peau et devient le siège de démangeaisons. Ce sont des efflorescences ortiées sur lesquelles il se produit des vésicules, des bulles de pemphigus ou des extravasations de sang.

L'auteur croit, par conséquent, que l'érythème multiforme n'est au début qu'une urticaire et qu'il a pour point de départ un dermatospasme comme cette dernière affection, et non une irritation morbide des nerfs vasculaires, comme le pense Lewin (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und syphilis*, n° 4, 1879). A. DOYON.

---

ÉTUDE CLINIQUE SUR L'HYDROA, par TILBURY FOX. (*Archives of dermatology*, janvier 1880.)

Le travail posthume du regretté dermatologiste Tilbury Fox a été revu et annoté par son frère, M. Colcott Fox; il traite d'une affection dont la place dans le cadre nosologique n'a jamais été définitivement fixée et dont l'existence est même tout à fait méconnue en Allemagne. Bazin en faisait une manifestation arthritique, tenant le milieu au point de vue anatomique, entre l'érythème d'une part et l'herpès et le pemphigus de l'autre; il en distinguait trois variétés sous le nom d'hydroa vésiculeux, vaciniforme et bulleux.

T. Fox n'a pas de peine à établir que l'hydroa de Bazin empiète sur l'herpès iris de Willan et Bateman, et d'autre part laisse de côté bon nombre d'affections herpétiformes qui doivent y être rattachées. Dans son esprit, l'hydroa a un cadre différent et doit se diviser en trois variétés sous les noms d'hydroa simple, herpétiforme, et prurigineux.

La lésion caractéristique est « une petite bulle prurigineuse, au contenu clair, variant en dimension depuis une tête d'épingle jusqu'à un petit pois, se développant par une petite tache ou une papule rouge qui sont le siège de démangeaisons ». La dessiccation peut se faire simplement ou avec tuméfaction et formation de croûtes; les lieux d'élection de l'éruption sont la face, les parties génitales et les membres du côté de l'extension; la muqueuse buccale est quelquefois affectée. La marche peut être aiguë (de 3 à 6 semaines) ou chronique, par poussées successives en général bulleuses et prurigineuses.

Voici le tableau par lequel Tilbury Fox résume les principaux caractères des trois variétés d'hydroa qu'il admet :

| | |
|---|---|
| Hydroa simplex....... | Symptômes généraux légers.<br>Éruption formée de vésicules discrètes.<br>Éruption souvent localisée.<br>Récidive rare.<br>Durée courte. |
| Hydroa herpétiforme... | Comme caractère général, tendance au groupement des vésicules, ainsi que dans l'herpès.<br>Récidive plus marquée.<br>Tendance plus grande à la chronicité.<br>Santé générale plus souvent troublée. |
| Hydroa pruriginosum.. | Éruption plutôt bulleuse que vésiculeuse.<br>Retour marqué de poussées successives.<br>Distribution de l'éruption sur une large surface.<br>Maladie chronique.<br>Démangeaison intense.<br>Éruption prurigineuse succédant aux bulles. |

A proprement parler, il n'y a pas de différence marquée entre les deux premières variétés de l'hydroa de Tilbury Fox, qui ne sont, en somme, que des affections vésiculeuses plus ou moins intenses, parmi lesquelles on peut ranger, de l'avis de l'auteur même, la variété clinique que nous avons été le premier à faire connaître en 1871 sous le nom d'herpès généralisé fébrile. Quant à l'hydroa prurigineux, ce n'est autre chose que ce qui est connu en France sons le nom de pemphigus à petites bulles, se séparant du pemphigus commun par une tendance moindre à la généralisation et surtout par une bénignité constante. Cette variété serait toujours arthritique, et accompagnée constamment d'un prurit intense.

Si l'analyse précédente a suffisamment mis le lecteur au courant de la description de Tilbury Fox, il se demandera, ainsi que nous, si la longue discussion par laquelle l'auteur appuie ses idées n'est pas purement terminologique, et si les différentes variétés d'herpès et de pemphigus, bien étudiées ces dernières années, ne comprennent pas tous les cas d'hydroa. Les dix observations relatées par l'auteur à l'appui de sa thèse nous ont confirmé dans cette manière de voir. Rien dans leurs détails ne répond à un type uniforme et défini ; l'étiologie banale d'un trouble nerveux sous l'influence fréquente du froid ne nous apprend rien de plus ; enfin le traitement soigneusement présenté par l'auteur répond à des indications pratiques d'une utilité incontestable, mais qui n'ont rien non plus de spécial. Tilbury Fox semblait du reste se rendre compte de la tâche ingrate qu'il s'était imposée et sa conclusion laisse parfaitement voir que, dans sa pensée, le *chaos* (sic) des affections vésiculo-bulleuses n'est pas près de cesser. H. COUTAGNE.

**Varicelle gangréneuse**, par Abercrombie (*British medical journal*, 14 février 1880).

M. Abercrombie a montré à la séance du 3 février dernier de la société pathologique de Londres le corps d'un petit enfant, mort en deux semaines d'une éruption qui s'annonçait comme une varicelle simple, mais qui prit un caractère ulcéreux et même gangréneux. Plusieurs enfants de la même maison étaient, à ce moment, atteints de varicelle simple. A l'autopsie on a trouvé un petit ulcère de l'intestin grêle, et des glandes mésentériques caséeuses. Le président M. Jonathan Hutchinson, et d'autres membres de la société, ont approuvé le diagnostic de M. Abercrombie, et rapproché de ces faits plusieurs observations de leur pratique. MM. Dickinson et Barlow croient que dans tous ces faits, la diathèse tuberculeuse joue un rôle plus ou moins grand. H. C.

---

**Affection rare de la peau**, par Jonathan Hutchinson (*British médical journal*, 3 janvier 1880).

Deux fois l'auteur a constaté une affection débutant par de petites taches analogues à des verrues, mais formées en réalité par des kystes qui peuvent devenir confluents. A l'examen de ces tumeurs on trouve des cellules lymphatiques et des acari folliculorum. M. Hutchinson croit qu'il a eu affaire à une forme de lymphangiectasie. Un caractère spécial de ces kystes est leur tendance à l'ecchymose, ce qui les rapprocherait d'un cas mixte observé par Tilbury Fox où les kystes lymphatiques auraient coïncidé avec des nævi. Nous ne pouvons que signaler d'après un compte rendu trop bref une communication dont les détails seraient importants à connaître; la discussion dont elle a été suivie à la société pathologique de Londres n'a pas contribué à éclaircir la nature de cette affection. H. C.

---

**Examen microscopique de la peau dans un cas d'érysipèle**, par Amidon (*the New-York medical Record*, 20 décembre 1879).

Cet examen a été fait dans un cas d'érysipèle de la face très violent qui, compliqué d'une pneumonie « croupale » et survenant dans la convalescence d'un rhumatisme articulaire aigu, a emporté le malade en

cinq jours. En voici le résumé : desquamation épidermique, corps muqueux aminci et séparé, par places, des papilles sous-jacentes ; prolifération abondante de jeunes cellules épithéliales dans les follicules pileux et les glandes sébacées et sudoripares ; thromboses nombreuses des vaisseaux sanguins de toute grandeur, et amas de cellules jeunes tout le long de leurs parois. Le tissu cellulaire sous-cutané présente partout une prolifération de noyaux, plus marquée dans le tissu adipeux ; on rencontre dans ses mailles de petites masses miliaires de tissu *gangréné*. Les muscles sous-jacents sont atteints de dégénérescence cireuse. H. C.

---

## CHEMISCHE STUDIEN UEBER PEMPHIGUS (ÉTUDES CHIMIQUES SUR LE PEMPHIGUS), par le Dr JARISCH.

Jarisch a examiné au point de vue chimique, dans le laboratoire de E. Ludwig, l'urine et le contenu des bulles de deux malades atteints de pemphigus de la clinique dermatologique de Vienne. Voici les résultats obtenus : on a démontré d'une manière certaine la présence de l'urée dans le liquide des bulles de pemphigus, dans les deux cas observés par l'auteur, et dans celui étudié auparavant par E. Ludwig ; par contre dans les deux cas de Jarisch, il n'y avait pas d'ammoniaque dans le liquide (Ludwig ne l'a pas recherchée dans le cas qu'il a examiné).

La présence de l'urée dans le liquide des bulles du pemphigus s'explique simplement par ce fait, que ce liquide a la même nature que les transsudations, dans lesquelles on trouve, ainsi que dans le plasma du sang, l'urée comme un élément normal. En effet, un examen parallèle du contenu des bulles de brûlure a démontré exactement la même composition de ces dernières — abstraction faite de la quantité d'albumine.

Bamberger a trouvé, comme on le sait, dans le cas qu'il a observé (Contribution à l'histoire du pemphigus, *Gazette médicale de Würzburg*, t. I, p. 1, 1860), de l'ammoniaque, tout à la fois dans le contenu des bulles, dans l'urine et dans le sang ; il fait entrevoir la possibilité qu'au point de vue de la pathogénie, on pourrait trouver un facteur important de la maladie dans la présence de l'ammoniaque. Cette supposition n'a pas été confirmée dans les faits observés par Jarisch. Ces divers résultats pourraient être rapportés, d'après ce dernier auteur, à la période différente de la maladie. L'ammoniaque trouvée dans le contenu des bulles par Bamberger, aurait pu provenir de

l'urée qui existait primitivement. (*Extrait du vol. LXXX, des compt. rend. de l'Acad. des Sc. de Vienne, n° de juillet* 1879, *in Vierteljahersschrift für Dermatologie und syphilis*, 1879, n° 4.)

---

I. Ueber urticaria intermittens (de l'urticaire intermittente), par le Dr Zeissl.

I. Zur behandlung der urticaria (traitement de l'urticaire), par le Dr Ernst Schwimmer.

III. Natrum salicylicum gegen urticaria (du salicylate de soude contre l'urticaire), par le Dr Pietrzycki.

I. Dr Zeissl. — La complication de l'urticaire avec la fièvre intermittente est, comme le remarque le Dr Zeissl, extrêmement rare. Hebra ne l'a jamais observée dans une pratique de 25 ans, et sur un nombre de 500 malades affectés d'urticaire. Jusqu'à présent, il en est de même de l'auteur qui, sur 200 malades, n'a pas non plus rencontré une seule fois cette forme d'urticaire.

Dans le cas que rapporte le Dr Zeissl, il s'agit d'une femme de 25 ans, robuste, ayant des occupations très actives dans sa propre maison, qui, à un troisième accès d'une fièvre intermittente à type tierce, se plaignit d'un prurit intolérable sur tout le corps. En examinant la malade, on trouva tout le tronc, les côtés de l'extension et de la flexion des membres recouverts de nombreuses plaques d'urticaire, entourées d'une aréole rouge, et dont le centre était d'un blanc mat; quelques plaques formaient des nodosités de la grosseur d'un œuf de pigeon (urticaria porcellanea.) Comme traitement, on prescrivit de la poudre d'amidon et des lotions avec du vinaigre et de l'eau. Les efflorescences disparurent complétement avec l'apyrexie. Cette malade fut encore 14 fois atteinte de phénomènes fébriles à type tierce, et chaque fois, à l'exception du dernier accès de fièvre, ils s'accompagnèrent d'une éruption ortiée. Cette femme n'avait jamais eu d'urticaire auparavant, et elle a eu encore une poussée. (*Allg. Wiener med. Ztg. et Vierteljahresschrift für Dermatologie und syphilis*, 1879, n° 4.)

II. Dr Schwimmer. — On sait parfaitement aujourd'hui que le sulfate de quinine à hautes doses triomphe de certaines formes d'urticaire qui représentent de véritables maladies à type intermittent, caractérisées par des phénomènes fébriles et l'élévation de la température. Cette urticaire intermittente a déjà été signalée par les anciens auteurs

(Wichmann, 1802, J.-P. Franck, 1812), elle est assez fréquente dans les pays à malaria.

Dans le traitement de l'urticaire on a cherché à calmer le prurit violent qui accompagne les plaques d'urticaire, à l'aide d'applications froides, de diverses solutions de goudron, de préparations sulfureuses, etc.

Mais l'amélioration est souvent nulle ou de courte durée. Le Dr E. Schwimmer s'est bien trouvé dans les cas les plus rebelles, de l'atropine déjà conseillée par Fräntzel (*in Annales de là Chárité*, 1876).

L'auteur rapporte trois observations :

Dans la première, il s'agit d'un homme de 30 ans qui depuis un an était atteint d'une urticaire généralisée ayant résisté à tous les moyens de traitement; c'est alors que le Dr Schwimmer eut recours à l'atropine sous la forme suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Sulfate d'atropine . . . . . . | | 0 gr., 01 |
| Eau distillée. | âa | 2 grammes |
| Glycérine . . | | |
| Poudre de gomme adragante . | | q. s. |

Pour 10 pilules — une pilule deux fois par jour.

Amélioration notable dès le troisième jour et bientôt après guérison complète; depuis huit mois elle ne s'est pas démentie.

La seconde observation se rapporte à un jeune homme de dix-neuf ans qui, depuis son enfance, souffrait d'une hyperidrose des membres supérieurs et inférieurs. Depuis 15 jours, urticaire très étendue avec prurit intolérable. Traitement par l'atropine à 2 milligrammes par jour, puis 1 milligramme par suite d'accidents d'intoxication. Guérison au bout de huit jours.

Dans un troisième cas, l'auteur obtint un succès analogue sous l'influence de l'atropine qui amena la disparition complète d'une urticaire datant de six semaines, et que n'avaient pu modifier les traitements les plus variés.

Il résulte de ces faits et d'un grand nombre d'autres observés par le Dr Schwimmer que l'atropine serait un excellent remède contre les urticaires rebelles. (*Pester mediz chirurgischen Presse.*)

III. Dr Pietrzycki. — Suivant Heinlein on voit l'urticaire se produire consécutivement à l'emploi du salicylate de soude. Cependant Pietrzycki a utilisé ce remède avec un très grand succès contre cette maladie.

1° Une jeune fille de 18 ans était atteinte, depuis 4 jours, d'une urticaire. Depuis deux ans elle était, 3 à 4 fois chaque année, sujette à des éruptions ortiées.

L'urticaire occupait tout le corps et était surtout intense pendant la nuit, au point que la malade paraissait comme enflée. Sous l'influence de frissons, d'une chaleur élevée, d'un prurit intolérable, la malade avait perdu l'appétit et le sommeil. La quinine à l'intérieur, et des lotions avec du vinaigre et de l'eau de Cologne, amenèrent la disparition des frissons et de la chaleur — mais l'éruption avec prurit se reproduisait cependant chaque soir. Des lotions avec une solution phéniquée atténuèrent les démangeaisons. On prescrivit alors le salicylate de soude en poudre à la dose de 1gr,50, trois fois par jour. Au bout de deux doses l'éruption et le prurit cessèrent.

2° Cette même jeune fille devint de nouveau malade au bout de trois mois, on donna de la quinine qui resta sans action, tandis que le salicylate de soude (2 doses comme la première fois) fit disparaître l'urticaire.

3° Dans ce cas il s'agit d'une femme de 21 ans, légèrement chlorotique, dyspeptique. Depuis deux jours elle souffrait d'une urticaire qui revenait surtout la nuit. Comme le frisson se manifestait aussi le soir, on prescrivit la quinine qui n'eut qu'un résultat insignifiant. Trois doses de 1gr,50 de salicylate de soude amenèrent la guérison de l'urticaire, et produisirent des bourdonnements d'oreilles.

Ces trois cas, suivant l'auteur, permettent de croire que le salicylate de soude est un excellent remède contre l'urticaire si on le prescrit à une dose suffisante. (*Przcyladlekarstri n° 6* et *Vierteljahresschrifft für Dermatologie und Syphilis*, 1879, n° 4.)

On comprend très bien que dans ces cas le salicylate de soude ait donné de bons résultats. Il s'agit incontestablement dans ces trois cas d'urticaires de nature arthritique contre lesquelles les alcalins sont particulièrement indiqués.

A. DOYON.

---

VORLAUFIGE MITTHEILUNG VON EINEM NEUEN UNTERSUCHUNGSERGEPNISSE BEI PSORIASIS. (COMMUNICATION PRÉLIMINAIRE SUR DE NOUVELLES RECHERCHES RELATIVES AU PSORIASIS), par le professeur ED. LANG.

Le psoriasis est, dans la plus stricte acception du mot, une maladie locale. On n'a jamais vu une affection quelconque d'un autre organe être la cause du psoriasis. Au contraire, les individus les mieux constitués et jouissant de la meilleure santé en sont, de préférence, atteints. Le tégument externe est seul le siège du psoriasis, et si quelques régions sont exceptionnellement exceptées, ce sont précisément

celles où l'on ne rencontre pas d'autres dermatomycoses. Le psoriasis n'envahit pas les muqueuses, il en est de même des dermatomycoses.

Ces dernières, ainsi que le psoriasis ont pour siège principal la couche cellulaire de la peau.

Ce sont ces considérations qui ont amené l'auteur à supposer la nature parasitaire du psoriasis.

Les recherches faites par M. Lang lui ont démontré, dit-il, d'une manière certaine, que l'on trouve habituellement des éléments parasitaires dans certaines couches des efflorescences psoriasiques.

Si l'on enlève aussi complétement que possible les squames épaisses qui recouvrent une plaque de psoriasis, on met à nu une pellicule très délicate à travers laquelle on aperçoit la rougeur du corps papillaire. Cette *pellicule psoriasique* (Psoriasishäutchen) s'enlève par grands lambeaux, mais son ablation détermine parfois l'issue d'une petite gouttelette de sang. Examinée au microscope, cette pellicule paraît composée d'épithéliums de différentes formes, de masses désagrégées et de champignons. Ces éléments parasitaires sont disséminés, mais le plus souvent réunis en groupes et composés de filaments et de spores.

Les spores sont arrondies, le plus souvent ovales, et ont de 6 à 8 millimètres de largeur, à peu près le double de longueur. Le protoplasma est très pâle et on n'aperçoit de granulations qu'à l'aide d'un très fort grossissement ; l'auteur n'a pu que très rarement constater la présence d'un noyau.

L'épisporium, très brillant, présentait une piqûre d'un vert jaunâtre et avait une très faible épaisseur, rarement plus prononcée ; on pouvait aussi, quelque mince qu'il fût, y distinguer un double contour.

Habituellement il n'y avait pas de séparation de l'épisporium ; Lang n'a vu qu'une seule fois, jusqu'à présent, une grosse spore entourée de deux membranes assez épaisses qui laissaient entre elles, à un pôle, un espace libre.

Il a rencontré assez fréquemment des spores qui avaient commencé à pousser des gaines de germination (1).

Les filaments avaient de 32 à 4 millimètres de grosseur, les plus minces se trouvaient entre les épithéliums ou leurs produits de désagrégation, tandis que les plus larges étaient en grand nombre au bord de la préparation ; cela tenait peut-être à ce que les hyphes qui plongeaient librement dans la solution de potasse devenaient plus fa-

(1) Dans les liquides employés aux recherches et additionnés de potasse caustique, 5 0/0, on pouvait, pendant les premières heures, observer très souvent des processus de végétation.

cilement turgescents. La longueur des hyphes était en général de 1 millimètre ou un peu plus ; cependant j'en ai vu d'une longueur décuple. Leur contenu protoplasmique et leur membrane étaient comme ceux des spores, la dernière seulement paraissait toujours plus mince. — En général l'extrémité libre des hyphes était arrondie ou se terminait par un renflement de moyenne grosseur. Souvent ce renflement atteignait les dimensions d'une spore, avec un aspect pyriforme, le pôle le plus mince était rattaché à l'hyphe et parfois on voyait distinctement au point de jonction une cloison transversale. Ces cloisons existaient aussi dans des cas isolés sur le trajet des hyphes. De temps à autre je voyais partir d'un filament un rameau plus ou moins long qui, dans quelques cas, présentait aussi à son point de départ une cloison. Très rarement la membrane des hyphes était resserrée en plusieurs points, mais de telle sorte que le protoplasma était encore resté en connexion.

Pendant longtemps Lang ne put s'expliquer la présence de nombreuses spores dont la plupart étaient ovales ou pyriformes, qui étaient attachées ensemble à leur pôle le plus étroit par des filaments excessivement tenus, raides et brillants. Toutefois il fut bientôt à même d'obtenir des préparations dans lesquelles il rencontrait ces éléments à l'état d'isolement et il constatait alors distinctement que ces filaments étaient les débris des filaments de champignons dont le protoplasma était complétement détruit, dont les enveloppes plus résistantes s'étaient ratatinées en filaments ténus, et dont la continuité avec les spores existait encore en partie.

Tous ces organismes qui, sous le rapport de la quantité et des dimensions de leurs éléments, présentaient des différences individuelles, ne sont certainement pas si petits qu'ils aient dû passer inaperçus, jusqu'à présent. S'il ont été méconnus, cela pouvait ne tenir qu'à la délicatesse des formes, mais notamment à la paleur du protoplasma. Si ce dernier ne paraissait pas entouré par la membrane brillante il serait difficile de reconnaître les éléments parasitaires entre les épithéliums conservés et ceux qui sont en désagrégation. Mais si l'on a appris une fois à les trouver, on ne fera pas de préparation sans rencontrer l'un ou l'autre des éléments que je viens de décrire.

Lang donne à ce champignon le nom d'*épidermidophyton* ; il diffère de tous ceux qu'on a trouvés jusqu'ici; sa présence dans la peau humaine, est certainement aussi constante dans l'épiderme malade des psoriasiques que celle du trichophyton dans l'herpès tonsurant.

Les recherches du professeur Lang méritent toute l'attention des dermatologistes. Si la nature parasitaire du psoriasis était démontrée, cette conséquence, disons cette conquête, serait accueillie avec une

satisfaction d'autant plus grande, qu'on pourrait dès lors espérer la guérison d'une maladie contre les récidives de laquelle nous sommes absolument désarmés. Mais justement ce sont ces récidives, trait constant, fatal, caractéristique de cette dermatose, qui peuvent laisser un certain doute sur sa nature parasitaire. Et cependant n'avons-nous pas un exemple de ces récidives difficilement explicables dans le pityriasis versicolor ? Le microsporon furfur a son siège presque exclusif dans l'épiderme où il est aisé d'en constater la présence, où il paraît facile de l'atteindre, de le détruire par les agents parasiticides. Eh bien ! malgré ces conditions, ce semble, favorables, le parasite échappe très souvent au traitement, puisque nous savons tous que les récidives de cette affection constituent, dans son évolution, presque la règle. Or, on comprend bien que les germes du trichophyton ou de l'achorion Schœnleinii qui pénètrent dans les follicules pileux, dans l'épaisseur des cheveux puissent échapper aux parasiticides ; mais on le comprend moins quand ils ont leur siège dans l'épiderme. Et c'est cependant là un fait indéniable. Par conséquent, tout bien pesé, les récidives du psoriasis ne sauraient être un argument décisif contre sa nature parasitaire. Les formes circinées, qui sont caractéristiques des affections parasitaires d'origine végétale, ne sont pas, il est vrai, celles qu'on observe le plus fréquemment dans le psoriasis, mais il suffit qu'on les ait rencontrées pour éveiller dans l'esprit la possibilité d'une affection parasitaire.

Du reste, ces vieilles plaques de favus qu'on voit assez fréquemment sur le cuir chevelu, ont souvent un aspect qui ferait penser à un psoriasis, à un eczéma chronique, si ce n'était l'état des cheveux qui sont toujours profondément altérés et l'ensemble de la lésion qui a un caractère plus grave, plus profond.

Dira-t-on que bon nombre de lésions syphilitiques secondaires ou tertiaires revêtent ce caractère circiné et que cependant il ne s'agit pas dans ces cas d'une affection parasitaire ? Sans vouloir préjuger l'avenir, nous croyons, non seulement que la nature parasitaire de la syphilis ne répugne point à l'esprit, mais que nombre de syphiligraphes, et des plus autorisés, sont tentés de l'admettre et croient que cette question ne peut manquer d'être un jour résolue dans un sens affirmatif (1).

Toutefois un point sur l'interprétation duquel nous ne sommes pas d'accord avec le professeur d'Innsbruck, c'est que le psoriasis selon lui se rencontrerait précisément sur les régions où l'on ne trouve pas habi-

(1) Nommons parmi eux M. Diday qui, dès avant 1860, à la réunion des Sociétés savantes à la Sorbonne, ainsi qu'à la Société de médecine de Lyon, a fait ressortir les considérations pathologiques et les faits généraux de clinique qui appuient cette manière de voir et font pressentir selon lui cette future conquête.

tuellement les autres dermatomycoses. Les faits sont loin d'être exactement conformes à cette théorie : ainsi le tricophyton est assez fréquent à la face où le psoriasis est au contraire rare, le psoriasis ayant son siège de prédilection aux coudes et aux genoux.

Et d'autre part, il nous paraîtrait rationnel et conforme à ce qui s'observe dans toutes les classes d'êtres organisés, que chaque parasite, végétal ou animal, eût en quelque sorte un siège de localisation habituelle. Il en est du reste ainsi dans les deux cas.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant des travaux du professeur Lang : toutefois nous regrettons qu'à son si intéressant mémoire, l'auteur n'ait pas cru devoir joindre quelques dessins. En attendant la publication des recherches complémentaires qu'il nous promet, nous sommes aussi heureux que nous avons été empressés de faire connaître aux lecteurs des *Annales* les études d'un des dermatologistes les plus compétents et les plus progressifs de l'école de Vienne. A. DOYON.

---

UEBER DAS SOGENNANTE « MOLLUSCUM CONTAGIOSUM. » (SUR L'AFFECTION CONNUE SOUS LE NOM DE MOLLUSCUM CONTAGIEUX), par le professeur KAPOSI.

L'auteur a publié sur cette question encore obscure du molluscum contagieux, un travail intéressant qui est résumé dans les conclusions suivantes :

1° La contagiosité du soi-disant molluscum contagieux n'a pas été démontrée jusqu'à présent et suivant moi, elle n'existe pas en réalité. On devrait donc effacer le nom de molluscum contagieux de la terminologie ;

2° Le soi-disant molluscum contagieux de Bateman et le molluscum contagieux des auteurs modernes (varioliforme) ont anatomiquement la même valeur et appartiennent tous les deux aux glandes sébacées, c'est-à-dire celui de Bateman, principalement au corps glandulaire; le molluscum varioliforme, au début, au conduit excréteur commun de la glande sébacée et du follicule du poil follet, et, à un degré plus avancé de développement, aux acini des glandes sébacées ;

3° Pour ce dernier motif, on doit comprendre ces deux variétés sous le nom de molluscum sébacé, déjà adopté par Hebra ;

4° Bien que les deux espèces surviennent souvent ensemble, elles se présentent cependant toutes deux, principalement ou exclusivement, avec leur forme clinique particulière et je propose par conséquent, pour plus de clarté, d'appeler : molluscum athéromateux, le molluscum de Bateman correspondant aux tumeurs folliculaires, athéromes, kystes

sébacés, etc., et molluscum verruqueux, le molluscum varioliforme ou verruciforme. (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und syphilis.*)

---

Ein fall von lymphangioma tuberosum cutis multiplex (cas de lyphangiome tubéreux multiple de la peau), par le Dr A. Pospelow, de Moscou.

Il s'agit là d'une affection très rare, aussi croyons-nous que les lecteurs des *Annales* ne liront pas sans intérêt les détails de l'observation que nous avons cherché à résumer de la manière la plus exacte possible.

M. le professeur Kaposi, dans le traité des maladies de la peau de Hebra et Kaposi (traduction par A. Doyon), a publié, tome II, page 374, le premier cas qu'on ait observé de cette singulière affection.

Le fait du Dr Pospelow, le second connu jusqu'à ce jour, est des plus intéressants et méritait par conséquent à tous égards d'être reproduit dans ce recueil.

P. E., paysanne du gouvernement de Twer, âgée de 23 ans, blonde, entre à l'hôpital de Moscou pour des papillomes cutanés très développés des organes génitaux externes. Ces papillomes ont leur siège principal sur le rebord externe des grandes lèvres, sur les surfaces,externe et interne des petites lèvres et à l'entrée du vagin. Les vaisseaux lymphatiques des grandes lèvres et les glandes inguinales sont à l'état normal.

La peau de la face, des extrémités et du corps présente une coloration jaune pâle, avec veines transparentes d'un calibre Insignifiant, ce dernier état est surtout marqué sur la poitrine. La peau du thorax est recouverte de taches pigmentaires couleur café au lait, prononcées principalement au-dessous du sein gauche. Les seins sont peu développés ; sur le sein gauche, mais près de la ligne médiane, on trouve une tumeur ovale de la grosseur d'un œuf de pigeon. La peau susjacente est amincie, d'un rouge lègèrement violacé, et adhérente. Cette tumeur est composée de nombreux petits corpuscules un peu plus gros que des grains de millet. Ces corpuscules ont une forme ovale et font saillie au-dessus du niveau de la peau. Si on comprime la tumeur avec les doigts, on a la sensation d'une nodosité assez compacte ; mais si on appuie avec le doigt sur la tumeur de dehors en dedans, chacune des tumeurs isolées rappelle ces petites boules en gutta percha remplies d'air, et s'enfonce par une pression

continue dans le tissu cellulaire sous-cutané, en sorte qu'on a la sensation d'une ouverture ronde ou ovale, à bords non limités, dans laquelle la tumeur est enfoncée. Si on cesse la pression la tumeur reparaît au-dessus du niveau de la peau.

Outre ce conglomérat de tumeurs sur le sein gauche, il existe des tumeurs de même nature disséminées sur tout le corps ; sur la face, au cou, sur le dos et la poitrine. Leur grosseur varie d'un grain de millet à une noisette ; les plus petites se trouvent à la face et au cou, les plus grosses sur le ventre. Il n'en existe ni aux mains, ni aux pieds. Leur coloration est rouge ou légèrement violette.

A un éclairage oblique, les tumeurs, surtout les plus grosses, paraissent facilement transparentes et comme remplies d'un liquide quelconque. Une incision faite sur l'une de ces tumeurs laisse voir une masse gélatineuse, nacrée.

La malade ne présente pas d'autres troubles appréciables dans sa santé, sauf un catarrhe insignifiant de l'estomac. Les glandes lymphatiques et les vaisseaux examinés à plusieurs reprises n'offrent rien d'anormal.

D'après le dire de la malade, le conglomérat de tumeurs du sein gauche existe depuis son enfance, d'après sa mère, il serait même congénital ; quant aux tumeurs situées sur les autres régions du corps, elle ignorait leur existence. Les papillomes pour lesquels cette malade avait demandé son admission à l'hôpital, sont survenus environ 5 mois auparavant.

Comme le fait remarquer avec beaucoup de justesse M. le Dr Pospelow, la transparence des tumeurs et leur disparition par la pression qui les enfonce au-dessous du niveau de la peau voisine dans le tissu cellulaire sous-cutané ne permettaient pas de les confondre avec les autres néoplasmes du tégument, notamment avec le molluscum fibreux, les lipomes, le sarcome, les angiomes, etc... L'examen microscopique a du reste complétement confirmé le diagnostic.

Une coupe verticale de la tumeur montrait, à un faible grossissement (3/4 Hartn.), un tissu poreux, dont les ouvertures présentaient soit des coupes transversales de canalicules en forme de tubes suivant diverses directions, entrelacés les uns avec les autres, soit des coupes à travers des espaces formés par les capillaires lymphatiques de la peau, dilatés et à contours irréguliers. Les parois de ces vacuoles paraissaient épaissies ou comme usées, elles étaient constituées par la réunion de quelques espaces en forme de fentes.

A un plus fort grossissement (4/7 H.) on distinguait facilement que les vaisseaux et les espaces en forme de fentes contenaient une masse

de corpuscules lymphatiques et une quantité très insignifiante de corpuscules sanguins dont la présence était probablement due à la section. Autour des vaisseaux lymphatiques dilatés et de ces espaces on remarquait un développement plus considérable de tissu conjonctif. Les vaisseaux lymphatiques dilatés et les espaces qui se trouvaient dans la couche papillaire de la peau repoussaient visiblement les papilles et occasionnaient leur atrophie, en sorte que les papilles paraissaient séparées ou raccourcies et atrophiées. Les vaisseaux sanguins de la tumeur étaient en nombre limité et conservaient leur aspect normal. A un plus fort grossissement (4/7, 4/8 H.) on voyait distinctement, sur leur paroi interne, un endothélium à noyau, comme dans les coupes rondes des canalicules ainsi que dans les espaces en forme de fentes.

A. DOYON.

---

Conti Pietro. — *Un caso di ulcera nervo-paralitica del piede.* (*Un cas d'ulcère neuro-paralytique du pied.*) *Annali Universali di medicina d'Omodei* vol. 249, page 177.

Bien que les questions qui ont rapport au mal perforant plantaire soient considérées comme faisant partie du domaine de la chirurgie, nous croyons devoir analyser ici le mémoire de Conti, parce qu'il sera utilement rapproché de celui de Colomiatti, dont nous avons rendu compte dans le précédent numéro (page 137). De l'observation attentive du courant qui entraîne aujourd'hui la jeune école, et qui lui a inspiré ces deux mémoires, nos lecteurs n'auront pas de peine à conclure à la déchéance de jour en jour plus appréciable des classifications dermatologiques les plus en faveur jusqu'ici. Avant peu, notamment celle de Willan, qui a jadis rendu de tels services, en apprenant à observer l'apparence et la superficie des maladies de la peau, sera incompatible avec les exigences de l'anatomie pathologique qui nous courbe sous l'examen de la lésion et nous guide sûrement jusqu'à sa cause essentielle. Le mémoire de Conti est un pas de plus fait dans cette voie si brillamment inaugurée il y a dix ans par les beaux travaux d'Adrien Charpy.

Un homme de 43 ans, entre à l'hôpital de Pavie pour un alcoolisme chronique et un ulcère perforant situé sous le gros orteil droit. Perte de mémoire, idées de grandeur, sensibilité cutanée obtuse, notamment aux membres inférieurs, tremblement musculaire, etc. Il mourut au bout de quelques jours, et l'autopsie fit reconnaître les lésions caractéristiques de la paralysie progressive : péri-encéphalite chronique, atrophie des circonvolutions frontales ; moelle hypérémiée, parsemée çà et là de quel-

ques extravasats. Le système artériel présente les lésions suivantes : au voisinage de l'ulcère, infiltration lymphatique de toutes les tuniques sans oblitération complète de la lumière; beaucoup de cellules fusiformes, surtout dans l'adventiee ; quelques eapillaires à parois épaissies sont oblitérés par une substance granuleuse ; dans de petits rameaux artériels s'aperçoit un exsudat jaunâtre qui occupe toute la lumière du vaisseau. Des coupes pratiquées sur la pédieuse, c'est-à-dire à une certaine distance de l'ulcère, montrent les altérations presque exclusivement limitées à la tunique interne. Cette couche est gonflée par un exsudat d'apparence uniforme, transparent, parsemé de noyaux et de eellules endothéliales. A une période plus avancée, on note la présence de véritables foyers athéromateux remplis d'une masse blanc-jaunâtre, et de nature évidemment graisseuse ; par un artifice de préparation on peut vider ees foyers qui se changent en une cavité anfraetueuse; les tuniques moyenne et externe présentent un certain degré d'infiltration.

L'élément nerveux périphérique n'était pas moins atteint. Que l'on considérât les grosses branches du pied ou les petits faisceaux de fibres qui eheminent isolément dans les tissus, la lésion, bien que variable quant au degré, était identique et eonsistait dans la disparition plus ou moins eomplète des tubes nerveux remplacés par une abondante prolifération de eellules et de fibrilles conjonctives. Les tubes qui persistent sont effilés, étranglés par places et remplis d'un contenu granuleux non eoloré par le carmin. L'état morbide est moins accentué, mais se retrouve également sur les nerfs du pied non atteint par le mal plantaire.

Voilà donc le problème posé. Nous sommes loin du temps où Follin pouvait écrire à propos du mal perforant : « La compression, la malpropreté et un défaut de soins, sont les seules eauses de cette affection. » Dolbeau et Lucain nous ont appris à reconnaître la viciation du système vaseulaire; Duplay et Morat, nous ont montré la profonde atteinte des nerfs périphériques; il reste à établir quelle relation unit ces deux ordres de phénomènes.

Pour Duplay et Morat le mal perforant est une affection ulcéreuse du pied due à une lésion dégénératrice des nerfs pouvant reconnaître les causes les plus diverses : lésions de la moelle ou des ganglions spinaux, section, eompression des gros trones, altération des extrémités nerveuses. L'uleère une fois constitué s'accompagne d'une inflammation de voisinage affectant la totalité des tissus de la région d'où endartérite. L'affection vasculaire serait donc absolument sous la dépendance du processus ulcératif local. Disons immédiatement que le but de Conti est d'établir que l'endartérite est une conséquence de la névrite au même

titre que le processus nécrobiotique cutané, et non d'une propagation d'un travail inflammatoire développé au niveau de la perte de substance des téguments.

L'auteur fait d'abord remarquer que lorsque l'influence nerveuse est adultérée, des troubles se déclarent dans tous les tissus, et qu'il n'y a pas de raison pour que le tissu qui compose les tuniques vasculaires en soit exempt. Puis le microscope n'a-t-il pas fait reconnaître deux sortes de processus dans les altérations des vaisseaux, l'un qui décèle au voisinage de l'ulcère l'inflammation de propagation, l'autre vraiment dystrophique quant à son siège et quant à ses caractères. Est-il admissible que partant de l'ulcère cutané situé sous le gros orteil, sous forme d'infiltration lymphatique, le processus se métamorphosant jusqu'à la dégénérescence graisseuse de la tunique interne, atteigne les extrémités et le tronc de l'arbre vasculaire, même de celui du côté opposé ? Assurément non. Aussi applaudissons-nous aux conclusions de l'auteur ainsi formulées :

1° Le mal perforant est la manifestation d'une paralysie nerveuse d'origine centrale ou périphérique qui, frappant les processus trophiques, a pour effet des désordres contemporains de la nutrition dans tous les tissus. Les différences dans l'atteinte de ces tissus dépendent des diverses modalités qui gouvernent leur nutrition respective.

2° L'athérome qui accompagne le mal perforant, et, très probablement aussi, dans nombre de cas, l'athérome vulgaire, est une lésion secondaire due à la dégénérescence des nerfs trophiques. L. JULLIEN.

---

I. — Barduzzi. *Un caso di pemfigo acuto febrile.* (*Giorn delle m. Ven.*, 1879, p. 139.)

II. — Campana. *Un caso di pemfigo acuto* (*id.*, p. 201).

III. — Ignazio Tortora. *Storia clinica di un caso di pemfigo acuto.* (*Histoire, clinique d'un cas de pemphigus aigu.*) *Il Morgagni*, tome XXI, p. 436.

I. et II. — Pour faire suite au beau mémoire de Horand (de Lyon) voici quatre observations de pemphigus aigu, fébrile ; deux, sont dues à M. Barduzzi, de Pise, une autre au professeur Campana, de Gênes ; une troisième au Dr Ignazio Tortora. Sans entrer dans les détails des faits, je dirai que trois d'entre elles ont été recueillies sur des femmes, deux jeunes filles qui ont guéri, et une femme de 50 ans qui fut prise en même temps de stomatite croupale et mourut en 10 jours.

Campana a fait en longs détails le diagnostic de l'éruption présentée par sa malade, et qu'il dénomme presqu'à regret pemphigus, reconnaissant fort bien qu'elle n'a pas grands rapports avec la dermatose de marche chronique connue sous ce nom. La nomenclature aussi bien que la physiologie pathologique et la pathogénie paraissent lui présenter, sous ce rapport, une véritable lacune. Il fait remarquer tout particulièrement la distribution symétrique des éléments sur la partie antérieure des flancs, le bord des lèvres, et l'intégrité absolue des régions ombilicale et mammaires. D'après cet observateur, l'éruption a procédé, en suivant la direction des papilles cutanées, et des sillons qui les séparent, et faisant défaut dans les points où les lignes des papilles s'écartent et changent de direction. Il faudrait voir dans ce fait la conséquence de la répartition à la base des papilles des vaisseaux charriant un principe irritant. Nous recommandons à ceux qui voudraient creuser cette question, les développements anatomiques et histologiques dans lesquels l'auteur est entré, et qu'il appuie de dessins très probants.

Enfin, M. Campana a pratiqué avec un résultat positif l'inoculation des produits séro-purulents recueillis à la surface des bulles sur une malade qui, plusieurs fois déjà, soumise à l'inoculation de principes phlogistiques variés, n'avait présenté que des phénomènes insignifiants ou négatifs. Une phlyctène bientôt recouverte de croûtes jaunâtres se produisit et fournit elle-même un liquide propre à la réinoculation.

III. — Le cas de Tortora demande une description plus complète: Le 7 juillet, on reçut à l'hôpital des Incurables, à Naples, un jeune garçon de 15 ans, qui, la veille, avait éprouvé un malaise inaccoutumé, avec une chaleur exagérée alternant avec un sentiment de froid. En même temps les extrémités étaient devenues le siège d'un gonflement douloureux, et sur les avant-bras avaient paru des taches roses, puis des bulles. L'épiderme, à la paume des mains, comme à la plante des pieds, s'était en 24 heures soulevé, au point de ne former qu'une seule bulle, au niveau de laquelle les douleurs étaient intolérables. C'est dans cet état qu'il entra l'hôpital.

Il avait 40 degrés de température, 120 pulsations, 28 inspirations par minute; il n'y avait pas de bulles sur le visage; mais sur les lèvres on voyait quelques très petites vésicules; quelques-unes étaient même développées sur les bords de la langue, le frein, le palais et son voile, et la partie accessible du pharynx; quelques petites bulles sur les oreilles; rien au cou. La région sternale offrait des éléments dont le diamètre variait de celui d'un centime à celui d'un sou; sur les épaules et les bras, ils étaient rares et ne dépassaient pas la gros-

seur d'un centime. Grande confluence, au contraire, sur les avant-bras, où les bulles sont entourées d'un cercle rouge vineux ; la paume des mains n'est plus qu'une seule bulle ; la face dorsale est entièrement libre.

Sur l'abdomen, quelques bulles de la largeur d'un sou ; un plus grand nombre se sont développées sur la verge, où elles offrent un plus petit volume ; sur le scrotum, au contraire, elles s'étalent surtout du côté droit en un vaste élément qui s'arrête au raphé. On en voyait aussi sur les plis génito-curaux, les régions internes et antérieures des cuisses et des genoux (1 centime), aux jarrets (une noix), et sur les deux tiers inférieurs des jambes. Du calcanéum aux orteils, la peau des régions plantaires, soulevée, forme une collection véritablement considérable.

Le malade fut traité par les bains froids et la quinine ; le bromure de sodium fut également administré, par le médecin traitant M. Capozzi, partant de ce point de vue qne la maladie pouvait être causée par une altération des nerfs trophiques.

Le 7, le 8, le 9 et le 10 juillet, la température oscilla entre 40° et 40°,5 ; le 10 au soir, elle était de 39°,5 ; le 11, de 39° ; le 12, elle était descendue à 38°,5; le 13, à 38°; le 14, à 37°. Le 9 août, le malade quittait l'hôpital complètement guéri.

Le contenu des bulles fut analysé par Primavera. De réaction alcaline, limpide, semblable ponr la couleur à du sérum sanguin; il tenait en suspension de gros flocons blanchâtres d'aspect gélatineux, composés de fibrine lentement coagulée. On y trouvait en outre quelques globules sanguins décolorés, et 60 grammes pour 1,000 d'albumine ; pas de cristaux. Dans les urines, beaucoup d'urates, diminution des phosphates et des chlorures ; pas d'albumine, pas de sucre, pas de pigment biliaire.

En terminant son travail, l'auteur aborde succinctement la pathogénie. Franck croyait à une affection d'origine hépatique ; pour Fuchs, c'était l'élimination par la peau des principes de l'urine, hypothèse ruinée par l'analyse chimique. Faut-il, comme le pense Bamberger, croire à un excès d'ammoniaque dans le sang ? ou comme Hasse, à une dyscrasie, causée par l'acide phosphorique ? Nos lecteurs connaissent trop bien l'allure clinique de cette singulière maladie, pour ne pas se rattacher, comme M. Tortora, comme le professeur Cantarri, à l'idée d'une fièvre d'infection. — Enfin, on remarque que le malade a été traité par les bains froids, qui lui ont procuré un grand soulagement, et nous ajouterons qu'un autre point de la cure, auquel l'auteur attache une grande importance, est la ponction des

bulles ; *à priori*, en effet, il était rationel de suspecter la facile résorption d'un exsudat aussi considérable ; et il ne serait pas impossible que cette simple précaution n'ait favorisé singulièrement l'heureuse et rapide issue de la maladie. L. JULLIEN.

---

VINCENZO TANTURRI. *Un caso di dermostasi venosa generale ed idiopatica.* (*Un cas de dermostase veineuse générale et idiopathique.*) *Il Morgagni*, tome XXI, page 561.

On recevait, il y a quelques mois, à la clinique de Naples, une jeune fille de 14 ans non menstruée, dont le tégument avait subi, peu auparavant, un singulier changement de coloration.

Sur le visage, dont la peau légèrement gonflée est d'un rouge vineux, on distingue au niveau des tempes, au front et au dos du nez quelques taches rouges-bleuâtres, avec épaississement de la couche superficielle de la peau, et fine desquamation épidermique. La peau du cou est à peu près saine. Sur le tronc se voient dessinées les mailles d'un réseau polygonal rouge violacé au dos, aux lombes et aux flancs, bleuâtre à la poitrine, rouge au niveau de la partie inférieure de l'abdomen, plus foncé sur les parties génitales, où l'on peut voir de petites nodosités plates ou excavées; sauf quelques variantes, l'aspect est à peu près le même sur le reste de l'enveloppe cutanée.

Sous l'influence de la ligature de l'un des membres, on voyait s'accentuer la teinte livide, et se former beaucoup de tâches rouge-cinabre, de la grandeur d'une pièce de un centime.

La malade séjourna un mois dans les services du professeur Tanturri et le quitta peu améliorée, pour se rendre, suivant les conseils d'un autre médecin, aux bains de Telese. Là, après avoir suivi pendant quelque temps un traitement hydrothérapique, elle prit une néphrite scarlatineuse avec anasarque et mourut en quelques jours.

Pour le professeur il s'agissait dans ce cas d'un trouble primitif de la circulation ; mais le sphygmographe ne révéla qu'un peu de faiblesse de l'impulsion cardiaque et malheureusement l'autopsie ne put être faite. Quoi qu'il en soit, il devait y avoir à la fois dermotase et transsudation du sang des capillaires et des veines ; c'est ainsi du moins que Tanturri explique les taches rouge-cinabre, sans se dissimuler d'ailleurs toutes les inconnues qui compliquent encore ce problème.

Si obscure que soit cette histoire clinique, nous avons cru devoir la rapporter en raison de l'intérêt considérable que d'autres observations

analogues pourront lui attribuer; il nous semble en effet bien difficile de n'y voir qu'une lésion idiopathique de la peau; il est évident pour nous qu'il s'agit en pareil cas d'une affection d'origine viscérale centrale, surrénale ou cardiaque, obstacle organique au dégagement des cavités droites, ce qui est plus probable vu la teinte spéciale cyanotique et non pigmentaire de la peau, ou enfin rénale, hypothèse rendue très rationnelle, par l'issue de la maladie. Ce serait là une nouvelle et bien intéressante confirmation des rapports intimes qui unissent les deux grands émonctoires de l'économie, les reins et la peau.

L. JULLIEN.

---

GIORGIO MARCACCI. — *La soluzione alcoolica di glù marino proposta come rimedio in alcune malattie cutanee (la solution de glu des matelots proposée comme remède dans quelques maladies cutanées). Giornale internazionale delle scienze mediche Nuova scria ; anno* I, *fasc.* 10.

Un physiologiste de Turin, Giacomini, a décrit récemment un procédé ingénieux pour conserver des cerveaux; après les avoir fait durcir dans le chlorure de zinc, il les imprègne de glycérine et les vernit avec de la glu des matelots. C'est en se livrant à cette préparation que Marcacci, frappé de l'odeur oléo-résineuse de cette substance résolut d'en faire l'essai pour la cure de quelques affections cutanées.

La glu des matelots ou colle marine est un mélange de diverses substances, inventé par un anglais M. Jeffery. La variété dure s'emploie pour calfater les navires, pour coller ensemble les plaques de verre, d'où son usage en photographie; c'est un mastic d'une grande ténacité; sa variété liquide sert à réunir les cordages des bâtiments. L'huile de goudron, l'asphalte, le caoutchouc entrent dans sa composition pour former un corps brun homogène, que l'on dissout ensuite dans l'alcool : La solution employée a été de 5 et 10 de glu pour 100 d'alcool à 40. C'est un liquide de couleur sombre, tendant au jaune, et qui sent l'*arsenal*. Marcacci en fait badigeonner une ou deux fois par jour les parties malades, ce qui n'engendre aucune douleur, aucune gène; au bout de quelques minutes la glu se coagule en une pellicule sèche très résistante, qui forme à la surface de la peau une enveloppe imperméable, et se détache ensuite par grandes plaques.

Voici maintenant un aperçu de l'efficacité de cette substance.

1° Homme de 31 ans, eczéma impétigineux de la face, qui s'est étendu au reste du corps, et depuis deux ans déjoue toute thérapeu-

tique. En douze jours, son tégument soumis à des badigeonnages de colle marine fut complètement débarrassé, et la guérison s'est maintenue depuis.

2° Homme de 41 ans, eczéma impétigineux des membres supérieurs; survenu après plusieurs récidives, dont il n'a jamais été débarrassé complètement. Guérison obtenue rapidement et surveillée pendant plusieurs mois.

3° Garçon de 12 ans; eczéma simple, probablement d'origine émotive, durant depuis trois mois; effets prompts et radicaux de la glu.

4° Homme de 69 ans; larges plaques d'impetigo figurata des membres inférieurs, datant de dix mois; les badigeonnages avec la glu furent tout aussi efficaces que dans les cas précédents.

Comme on le voit c'est surtout dans le cas de dermatoses humides, étendues et anciennes, que ce mode de traitement a le mieux réussi; cependant on l'a essayé et non sans succès contre le psoriasis.

Quelle sera la fortune de la solution de Marcacci?

L'auteur assure modestement qu'il n'en sait rien : il fait appel à l'expérience de ses confrères pour l'éclairer plus complètement : sa voix sera écoutée, nous n'en doutons pas. Un remède de plus n'est pas à dédaigner quand il est bon; et qui sait si, dans l'avenir, cette petite découverte empirique ne balancera pas les travaux si remarquables d'ailleurs dont le jeune dermatologiste enrichit chaque jour l'histologie et l'anatomie pathologique ?

L. JULLIEN.

---

I. Albertoni. — *Rivista sintetica sull'azione di preparati d'arsenico.* (*Revue synthétique sur l'action des préparations arsenicales.*) *Lo Sperimentale* 1879, p. 619.

II. Raimondi. — *Degli avvelenamenti lenti di arsenico, etc.* (*des empoisonnements lents par l'arsenic*). *Annali d'Omodei* 1880, vol. 251 p. 52.

III. Lussana. — *Sull'azione dell jaborandi, della pilocarpina nell' eliminare l'arsenico dall'organismo.* (*Sur l'action du jaborandi et de la pilocarpine pour éliminer l'arsenic de l'organisme.*) *Lo Sperimentale* 1879, p. 561.

I. — L'action des composés arsenicaux, qui intéresse à un si haut degré la dermatologie, vient d'inspirer à nos confrères de l'Italie plusieurs mémoires fort importants. Jetons d'abord, avec M. Albertoni,

un coup d'œil synthétique sur les résultats obtenus jusqu'ici principalement en Allemagne par les expérimentateurs.

Chez les animaux à sang chaud, l'acide arsénieux, introduit par injection veineuse, produit :

*a*) A petites doses, une accélération du pouls sans augmentation notable de la pression sanguine ;

*b*) A doses moyennes, une augmentation d'abord, puis une diminution du nombre des pulsations ;

*c*) A doses fortes, une diminution notable et immédiate, d'autant plus importante que la quantité de la substance est plus considérable.

Quand l'arsenic est injecté sous la peau on observe une augmentation de la fréquence du pouls, déterminée par une diminution de tonus du nerf vague et une excitabilité plus grande des ganglions cardiaques, les autres phénomènes restent identiques à ceux que l'on observe dans l'injection intraveineuse.

Le centre respiratoire est également excité ; le nombre des mouvements inspiratoires s'accroît vite, et l'expérience permet de reconnaître que ce phénomène est également dû à une influence sur les centres nerveux et à une action exercée sur le pneumo-gastrique pulmonaire. Il y a, de plus, abaissement de la température, et accélération des mouvements péristaltiques de l'intestin par irritation des ganglions contenus dans les parois intestinales, et enfin action paralysante sur les muscles moteurs.

Tels sont les résultats de l'intoxication aiguë. (Lesser.)

Gies s'est attaché à l'étude de l'empoisonnement chronique. Il administra durant près de 4 mois, à des lapins, à des poules et à des porcs des doses progressivement croissantes d'arsenic et vit s'engraisser tous ces animaux, les os prendre un développement plus considérable, la substance compacte remplaçer la substance spongieuse. Chose surprenante, les autres animaux qui étaient tenus en commun avec ceux qui faisaient le sujet de l'expérience présentaient les mêmes modifications du système osseux, ce que Gies explique par l'absorption respiratoire des émanations cutanées. Du reste l'expérimentateur a pu reproduire ces hypernutritions en se bornant à répandre de l'arsenic sur le fond de la cage où vivaient ces animaux.

Quant à l'action intime de ces composés, Binz et Schulz croient l'expliquer par ce fait, que dans l'organisme l'acide arsénieux ($AsO^3$) donne naissance à l'acide arsénique ($AsO^5$), lequel peut à son tour produire l'acide arsénieux. Il se fait ainsi une série de transformations qui deviennent l'origine d'un échange actif d'oxygène au sein de la molécule albuminoïde ; l'arsenic n'agirait donc qu'en tant qu'il est le véhicule de l'oxygène.

II. — De l'important mémoire où Raimondi expose les résultats de ses expériences sur l'arsenic, le mercure et le plomb, nous n'examinerons ici que ce qui concerne le premier de ces agents, nous réservant de revenir longuement sur l'autre et non moins intéressante partie de ce travail.

Les lapins auxquels fut administré l'arsenic succombèrent au bout de 3 mois à l'ingestion de moins de 2 grammes de cette substance ; le marasme ne se produisit qu'après une période d'engraissement où la santé paraissait on ne peut plus florissante. Pourtant, dès le début de la cure toxique, Raimondi put constater une hypoglobulie, fait qui concorde avec les observations de Cutler et de Braford qui, à doses médicamenteuses, virent chez leurs malades la liqueur de Fowler amener une destruction considérable des globules rouges. L'auteur admet que par cette action sur les hématies qui transportent l'oxygène, l'arsenic modère les combustions, diminue le besoin de respirer, ralentit le processus de désassimilation et diminue les pertes de l'organisme en favorisant l'accumulation de la graisse dans les tissus ; il agit ainsi en tant que *médicament d'épargne*. Nous ne savons si cette théorie serait acceptée par Binz ; mais les opinions des deux auteurs ne sont peut-être pas aussi incompatibles qu'elles le semblent. La destruction d'un grand nombre d'hématies, mettant en liberté de l'oxygène, dont s'empare l'acide arsénieux pour se transformer en arsénique, nous ramène en définitive à la première partie de la théorie proposée par l'auteur allemand. Contentons-nous de signaler cette dernière concordance sans insister sur le désaccord.

Quant aux lésions provoquées chez les animaux, Raimondi a observé de la chaleur et du gonflement de la peau, et plus tard, la formation de petites ulcérations avec croûte. L'arsenic est donc un modificateur actif de la circulation capillaire ; en agissant sur les nerfs vasomoteurs de petites doses activent la nutrition de la peau, le poil devient brillant, et c'est alors que l'on voit guérir certaines formes de dermatoses ; à doses lentement toxiques, ce processus s'exagère et donne lieu à la production de vésicules, de pustules et des pertes de substances. Le foie et les reins sont toujours atteints de dégénérescence graisseuse ; mais les lésions sur lesquelles l'auteur insiste le plus, sont celles des os. Ils sont plus lourds et plus denses, et suivant que les sujets ont succombé à la période de l'engraissement ou à celle de la cachexie, on les trouve gorgés de graisse ou de cellules lymphoïdes (cellules non colorées, et cellules rouges avec noyaux). L'auteur considère ces lésions non pas comme spécifique de l'arsenic, mais comme produites par le retentissement sur le système osseux des troubles généraux liés à son ingestion.

III. — Dans les empoisonnements lents que la thérapeutique par les arsenicaux produit, paraît-il, assez fréquemment en Italie, le médecin est à peu près désarmé. Frappé de cette impuissance, le Dr Lussana se demanda si le jaborandi ne pourrait pas, en activant les sécrétions cutanées et buccales, fournir un moyen précieux en pareil cas. Plusieurs expériences faites sur des animaux soumis depuis plusieurs semaines à l'intoxication arsenicale lui ont démontré que les reins, les glandes salivaires et le foie concouraient à l'élimination de l'arsenic, en balançant mutuellement leur action. Administrez donc à la fois pour combattre les effets de l'empoisonnement, diurétiques, sialagogues et cholagogues. Les expériences ayant été faites sur des chiens, il n'a pas été possible de reconnaître exactement le rôle de la diaphorèse, mais tout porte à croire que les sudorifiques sont aussi nettement indiqués. Chemin faisant, l'auteur nous signale un fait du plus haut intérêt, c'est la disparition de la glycose hépatique après un long traitement par l'arsenic ; nul doute que l'expérimentation ne s'empare de cette donnée sur laquelle Lussana ne fait que glisser incidemment.

On nous permettra de faire ressortir tout l'intérêt de ce travail. Ce qui se peut faire pour l'arsenic, doit être tenté pour la plupart des autres agents susceptibles de produire une intoxication lente. Déjà Lussana l'a essayé avec succès dans l'urémie expérimentale ; un chimiste, soumis à l'absorption incessante de vapeurs mercurielles l'essaye d'après nos conseils depuis quelques jours, et le nombre des applications de cette ingénieuse méthode ira certainement s'accroissant. Ce sera la digne récompense de l'auteur, qui, dans une touchante introduction nous dit avoir été conduit à cette découverte par le désespoir profond qu'il éprouva en voyant périr d'urémie scarlatineuse la fille de son meilleur ami.

LOUIS JULLIEN.

---

Giorgio Marcacci. — *Cura chirurgica di un acne elefantiaco del naso* (*Giornale Ital. delle m. V.* 1879, p. 31).

On se souvient de l'intéressant mémoire de Poncet (de Lyon) sur la décortication du nez dans un cas d'éléphantiasis. L'opération faite par le professeur Ollier avait donné les meilleurs résultats à tous les points de vue, notamment au point de vue plastique. En face d'un cas analogue, le docteur Giorgio Marcacci, médecin de l'hôpital Sainte-Lucie, à Florence, rétablit l'harmonie, et l'on peut même dire l'élégance des formes de son malade par un procédé un peu différent. Un segment horizontal

fut enlevé au niveau du point où la lésion était le plus marquée, c'est-à-dire vers l'extrémité de l'organe ; puis le segment inférieur comprenant la sous-cloison unie à une partie du lobule terminal, fut remonté et suturé à la lèvre supérieure de la perte de substance. Deux incisions avaient été nécessaires pour arriver à ee résultat : une supérieure partant du point où se termine en arrière l'aile du nez, se portait en avant suivant une ligne courbe limitant le bord libre latéral de l'organe et se terminant sur le dos du nez à 2 centimètres 1/2 de la pointe ; une seconde, inférieure, partait du même point que la première, suivait un trajet descendant et se terminait à 6 millimètres, au point le plus bas de la partie hypertrophiée. L'examen histologique des parties enlevées fut fait par M. Marcaeci, qui y reeonnut les lésions de l'acné tuberculeuse ou éléphantiasique, mais à une période trop avancée pour qu'il fût possible de saisir l'état initial du processus et de reconnaître si, comme l'a dit Rindfleisch, il débute toujours par une inflammation du connectif périglandulaire. LOUIS JULLIEN.

---

ARTURO RAFFA. — *Del lupus della congiuntiva e sua cura* (*Annali d'ottalmologia, faciscolo* 4, 1878).

QUAGLINO. — *Note sur le travail précédent* (*in Giorn. ital. delle mal. ven.* 1789, p. 51).

C'est depuis 2 ans seulement, à notre connaissance, que l'attention est éveillée du eôté du lupus primitif de la conjonctive.

Après le travail de Neumann (1) publié en 1877, voiei que l'Italie apporte son eontingent de documents, grâce à l'expérience de Raffa et de Quaglino. Toutefois, il faut bien avouer la rareté de l'affection, rare en Italie, plus rare peut-être en France, puisque en 1876, la thèse si complète de Savy, sur les éruptions de la eonjonetive, n'en renferme pas un seul cas; bien plus Savy, que eette question a préoceupé, s'autorise de l'expérience si considérable de notre maître Lailler pour déclarer qu'on ne voit pas le lupus s'établir d'emblée sur la eonjonctive.

Selon Raffa qui en a observé 3 cas, le lupus de la conjonetive se manifeste chez les individus jeunes, particulièrement chez les femmes, il ne menacerait jamais ni le tégument eutané, ni le bulbe, mais coïnciderait souvent avec le lupus de la face. La cuillère coupante de Wolkmann est le mode de traitement qui paraît avoir le mieux réussi.

(1) NEUMANN, *Weber primare. lupose erkrankung des Auges. Wien. Med. Press.* N 37, 1872 net.

Le professeur Quaglino, en rendant compte du mémoire de Raffa, décrit succinctement 5 autres cas, observés par lui, à différentes époques, sans qu'il les ait rapportés au lupus. La néoplasie siégeait toujours à la paupière inférieure, vers la partie externe du bord libre. L'érosion se présentait à pic avec des bords bien définis et s'élargissait en laissant un coloboma de la forme d'un triangle à base tournée vers le bord libre. La conjonctive devenue granuleuse tout autour, comme dans le papillome, donnait lieu à un écoulement de pus de mucus et de sang. Les points primitivement envahis laissaient, après la cicatrisation une tache brillante, pendant que l'ulcère se creusait du côté du cul-de-sac.

Suivant le professeur Quaglino le globe de l'œil ne serait pas toujours à l'abri de la propagation du néoplasme; cette assertion, conforme du reste à l'opinion de Neumann, est appuyée sur un fait très intéressant de lupus grave ayant amené la cachexie et la mort. LOUIS JULLIEN.

## SYPHILIGRAPHIE.

### TRAVAUX ÉTRANGERS SUR LA SYPHILIS. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous avons déjà rendu compte, dans les *Annales*, des recherches de Klebs sur l'inoculation de la syphilis aux animaux et la nature du contage syphilitique (1). Dans un travail récent (*Arch. f. experim. pathol. u. pharmakol*, v. 3, n. 4, p. 161, 218, 1879), l'auteur reprend quelques-uns des points qu'il a étudiés dans son premier mémoire. De nouvelles expériences d'inoculation le conduisirent à vérifier à nouveau les préparations qui provenaient du singe inoculé le 8 juillet 1875: il trouva ainsi au niveau de l'arcade sourcilière gauche des lésions osseuses caractéristiques; une portion de tissu osseux, conservée dans l'alcool présentait une partie arrondie, de 1 centimètre environ de diamètre, et d'aspect blanchâtre; au centre de cette portion osseuse se trouvait une dépression arrondie, poreuse du volume d'un pois environ et dont la surface était bien au-dessus du niveau des portions osseuses environnantes. En examinant, au microscope, le tissu de cette dépression, on trouva du tissu conjonctif très vasculaire, résistant, rempli

(1) *Annales de dermatologie*, t. 10, n, 4 p. 285, 1879.

d'éléments arrondis et fusiformes à gros noyaux ; ce tissu ressemblait en tous points aux altérations osseuses observées à la surface interne du crâne. Il ne pouvait être ici question de la tuberculose ; bien plus, les lésions concordaient avec celles de la syphilis. En examinant les reins, on trouva à la surface des petits foyers d'une teinte grisâtre, s'étendant en pointe vers la substance médullaire ; ils étaient environnés de tissu conjonctif et leur centre avait subi la dégénérescence caséeuse ; les épithéliums des canalicules urinifères avaient subi la dégénérescence graisseuse. En examinant le foie, on trouva de petits foyers situés au niveau des points de ramifications de la veine porte : ce fait prouve qu'il ne s'agissait pas des tubercules miliaires que l'on rencontre seulement dans les couches les plus extérieures des acini. Nous ne pouvons entrer ici dans le détail des expériences de l'auteur ; qu'il nous suffise de dire que, se basant sur une inoculation faite dans des conditions analogues, et qui a été suivie de succès, Klebs déclare qu'il s'agit bien dans l'expérience précitée d'une inoculation syphilitique. Il ne faut pas, dit-il, se hâter de considérer comme des tubercules toutes les granulations ou les nodosités jaunâtres ou grisâtres que l'on peut rencontrer chez les animaux : l'examen histologique seul permet de distinguer la nature du produit expérimental qui s'est développé.

Depuis, l'auteur a fait une sorte d'inoculation, tantôt à l'aide de noyaux syphilitiques qui venaient d'être extirpés et qui renfermaient des micrococcus en grand nombre, ou bien à l'aide des produits cultivés sur ces mêmes nodosités à l'aide de son procédé connu. Il a fait aussi des inoculations à des lapins, à des cochons d'Inde, à des chiens, à une chèvre et à deux singes. Il est évident que nous ne pouvons donner ici le résumé de toutes ces observations, dont quelques particularités cependant demandent à être relevées. C'est ainsi que l'auteur a fait des essais de culture à l'aide du sang d'une guenon inoculée. Deux jours après qu'une gouttelette de ce sang avait été déposée sur de la gélatine, dans une petite cornue d'Erlenmeyer fermée à l'aide de ouate, on observa des masses brunes s'étendant uniformément sur la surface de la gélatine ; les parties les plus anciennes s'affaissèrent, les parties périphériques, au contraire, formèrent une saillie ondulée, le 5^e^ jour cette masse brunâtre présentait un diamètre d'environ 1 centimètre et demi. A la surface, cette masse brunâtre était composée de bâtonnets serrés les uns contre les autres, et ressemblant en tous points à ceux que l'auteur a décrits dans ses recherches précédentes. Ces bâtonnets étaient accolés les uns aux autres et ne présentaient des mouvements que lorsqu'ils étaient dissociés dans un liquide approprié. Outre ces bâtonnets, l'auteur dit avoir observé des éléments particuliers en forme de spirale, situés dans les couches supérieures de la gélatine. Klebs suppose que ces

éléments particuliers se développent par la division des bâtonnets. Nous ne pouvons entrer ici dans le détail des descriptions auxquelles l'auteur se livre à ce sujet ; qu'il nous suffise de dire qu'il désigne provisoirement sous le nom d'héliéomonades les champignons qu'il a obtenus en cultivant le sang d'un singe auquel il avait inoculé la syphilis.

Voici, du reste, les conclusions de l'auteur :

1° On peut inoculer la syphilis humaine aux animaux à l'aide de portions de tissus qui sont le siège de néoformations syphilitiques. La syphilis varie chez les animaux suivant l'espèce. La syphilis inoculée au singe présente des caractères tout à fait identiques à celle de l'homme. Les résultats obtenus chez d'autres animaux ne sont sont pas caractéristiques ; chez le lapin, cependant, l'inoculation donne lieu à des accidents qui concordent tout à fait avec ceux du singe ;

2° Les néoformations syphilitiques développées chez l'homme renferment les organismes végétaux inférieurs, spéciaux, qui peuvent être cultivés et se présentent alors sous forme d'hélicomonades ;

3° En inoculant ces champignons à des animaux appropriés on produit des altérations analogues à celles que provoque la syphilis chez l'homme ou quand elle est inoculée aux animaux.

## *Syphilis héréditaire.*

Nous tirons d'un travail sur la syphilis héréditaire, du docteur A. Wolff (Strasbourg 1879), les conclusions suivantes :

Chaque fois que la mère était syphilitique, elle a avorté ou a donné naissance à un enfant syphilitique. Au contraire. lorsque le père était syphilitique, et qu'il n'avait pas communiqué la vérole à sa femme les enfants sont venus au monde sains et sont restés indemnes aussi longtemps que l'auteur a pu les suivre.

Wolff conclut de là que chaque fois qu'un enfant est né syphilitique, et qu'il a présenté des accidents héréditaires après la naissance, il faut rechercher la cause chez la mère et non chez le père. Il n'aurait jamais vu d'enfant atteint de syphilis et dont la mère ne présentât pas ou n'avait pas présenté précédemment d'accidents spécifiques. On peut encore énoncer cette opinion de la façon suivante, à savoir : qu'un homme atteint de syphilis ne peu communiquer la vérole à ses enfants sans infecter préalablement sa femme. On peut dire, en un mot, que le père ne peut infecter directement ses enfants. Quand on voit dans un grand nombre d'observations la mère et les enfants rester parfaitement sains, il est permis de dire que la théorie du choc en retour de Ricord et celle de l'infection par le coït de Baerensprung, et tant d'autres manquent de preuves fondamentales.

L'auteur aborde ensuite la question de l'influence du traitement sur l'état du fœtus. Il résulte d'une série de ses observations que les femmes qui ont été soumises à des potions mercurielles, faites dans de bonnes conditions, ont plus de chances d'accoucher d'un enfant vivant que celles qui restent sans traitement. Plusieurs de ses malades avaient suivi un traitement purement ioduré, mais il est bon d'ajouter que l'espace de temps compris entre l'infection et l'accouchement avait été très long.

Peut-on conclure de ces faits que la syphilis est guérissable? l'auteur ne le pense pas; cependant il ne croit pas qu'il soit possible d'affirmer aujourd'hui que les enfants nés d'un père syphilitique peuvent être atteints plus tard de syphilis héréditaire, ce problème demandant, pour être résolu, des observations plus nombreuses et plus précises.

W. Grefberg (*Vjhrschr. f. Dermatol. u. syph.*, VI, 1, p. 1103, 879) rapporte deux observations intéressantes de syphilis héréditaire.

1° La femme H. B... a été bien portante jusqu'à l'âge de 16 ans : atteinte à cette époque d'une affection fébrile, elle fut prise d'une attaque d'apoplexie suivie d'aphasie qui persista pendant un certain temps pour disparaître ensuite d'une façon à peu près complète. Vers le milieu du mois du juillet 1864, cette femme fut atteinte d'accidents infectants, et entra le 13 août dans le service des vénériens de Helsingfors. L'observation recueillie dans cet hôpital signale l'existence d'un chancre induré et de manifestations syphilitiques qui nécessitèrent un traitement de 129 jours au bout desquels la malade fut renvoyée. Elle se maria vers la fin de l'année 1867; le 15 août 1878 elle rentra à la clinique syphilitique. Pendant 13 ans elle n'avait observé absolument aucun symptôme d'affection syphilitique et elle avait, pendant ces onze années de mariage, eu douze grossesses dont onze suivies d'avortement. La malade avait amené à l'hôpital son dernier enfant, le seul survivant, âgé de six semaines. La malade ne présentait aucun accident syphilitique si ce n'est un peu de calvitie. Par contre, l'enfant était atteint de bulles de pemphigus syphilitiques aux pieds, de papules syphilitiques, répandues sur toute la surface du corps et d'ozène ; il était avec cela très amaigri.

Le mari n'avait jamais eu aucun accident syphilitique, et il fut même, très effrayé quand il apprit que l'enfant était atteint de syphilis, craignant d'avoir été contagionné lui-même.

Ce cas est intéressant, et prouve, en effet, qu'au bout de quatorze ans, une femme, soi-disant guérie de la syphilis à l'aide de frictions mercurielles répétées, a pu donner le jour à un enfant syphilitique. La mère et l'enfant furent soumis à des frictions mercurielles ; l'enfant quitta l'hôpital après avoir gagné 500 grammes de poids.

2° — Un homme de 23 ans est atteint, le 1er septembre 1875, d'un chancre induré suivi d'éruptions. Des frictions mercurielles font disparaître tout accident. Des accidents syphilitiques cutanés, survenus au mois de juillet 1876, disparaissent sous l'influence du même traitement, au moment de la récidive, et avant d'avoir subi de nouvelles frictions mercurielles, le malade se maria. L'enfant est venu au monde parfaitement sain, et au 1er octobre 1878, il présentait tous les caractères de la vigueur et de la santé. Le mari n'a cessé d'avoir des rapports avec sa femme.

Il résulte, de cette observation, qu'un homme atteint d'accidents spécifiques manifestes, a pu procréer, dans la première année d'une affection syphilitique, un enfant qui jusqu'alors est resté bien portant.

Le docteur Maximilian Zeissl, vient de publier un travail intéressant sur la syphilis héréditaire. (*Allg. Wiener mediz. Zeitung* 1879, nos 50 et 51.)

Voici les conclusions de ce mémoire :

1° Quand l'un des parents est syphilitique au moment de la conception, l'enfant peut devenir syphilitique ;

2° Il est des cas où des parents syphilitiques, atteints d'accidents spécifiques récents, très visibles, procréent des enfants bien portants ;

3° Quand une mère, parfaitement saine au moment de la conception, donne naissance à un enfant atteint de syphilis héréditaire provenant du père, la mère est pour le moins sous le coup d'une syphilis latente : car on n'a jamais observé qu'une mère qui donne naissance à un enfant atteint de syphilis héréditaire ait été infectée par cet enfant ;

4° Quand les deux parents sont bien portants au moment de la conception, et que la mère contracte la syphilis pendant la grossesse, l'enfant, qui était sain au moment de la conception, peut néanmoins devenir syphilitique. Si l'infection de la mère a eu lieu dans les derniers mois de la grossesse, l'enfant aura plus de chances d'échapper à la contagion ;

5° Plus la syphilis des parents est récente, plus l'infection de l'enfant est probable, et plus les accidents spécifiques sont graves. Les enfants viennent généralement au monde morts ou atteints de syphilides ;

6° Quand la syphilis des parents est latente, elle n'apparaît, en général, chez les enfants, que longtemps après la naissance. Les formes graves sont plus rares, mais elles peuvent également s'observer chez les enfants nés dans ces conditions.

L'auteur admet également l'infection possible de la femme par le sperme syphilitique du mari. Il cite, à ce sujet, l'observation d'un ma-

lade qui fut atteint de syphilis en 1866 : cet homme semblait guéri et n'avait plus eu d'accidents depuis un an et demi. Il se maria et épousa une femme parfaitement bien portante ; six mois après, cette femme éprouva des douleurs dans les tibias avec périostoses ; ses cheveux tombèrent, etc.

Après plusieurs mois d'un traitement ioduré, ces accidents disparurent et la malade donna naissance, en 1878, à une petite fille, aujourd'hui parfaitement bien portante. Il faut ajouter que cette femme, prévenue dès son mariage, par son mari, de la possibilité d'une infection syphilitique, s'était soumise toutes les semaines à un examen médical, qui n'avait permis de reconnaître aucun accident primitif ou d'une autre nature ayant rapport à la syphilis. Dr PAUL SPILLMANN.

---

DIE LUNGEN SYPHILIS UND IHR VERHALTNISS ZUR LUNGENSCHWINDSUCHT. (DE LA SYPHILIS PULMONAIRE ET DE SES RAPPORTS AVEC LA PHTISIE), par le professeur SCHNITZLER.

L'auteur rapporte cinq observations très détaillées de malades atteints de syphilis pulmonaire. Tous présentaient simultanément des lésions spécifiques du poumon et du larynx. La relation de chaque cas est accompagnée d'une figure reproduisant exactement l'aspect des altérations qui existaient dans la région laryngienne. M. Schnitzler étudie, dans les chapitres suivants, tout ce qui se rattache à l'historique de la question et à l'anatomie pathologique des lésions de la syphilis pulmonaire.

A quelle période de la syphilis le poumon devient-il malade ? Dans la syphilis héréditaire, l'affection pulmonaire amène ordinairement la mort de bonne heure. Un grand nombre de ces enfants meurent avant la naissance, la plupart quelques jours ou quelques semaines après, et on ne compte que peu de syphilitiques héréditaires chez lesquels la syphilis pulmonaire serait survenue pour la première fois à une époque avancée de la vie.

Dans la plupart des cas de la syphilis pulmonaire et de la syphilis acquise qui sont relatés dans la science, l'affection pulmonaire s'est déclarée 2, 3 et même 5 ans après l'infection ; cependant il existe des faits où la lésion des poumons est apparue de 5 à 10 ans, et même 10 à 20 ans après la contagion.

L'auteur croit que la syphilis pulmonaire apparaît et évolue, non seulement sous la forme grave décrite jusqu'à présent de la pneumonie

interstitielle, mais peut être aussi souvent sous forme de catarrhe bronchial et pulmonaire. Il a notamment constaté que, dans beaucoup de cas de catarrhes syphiliques du larynx et de la trachée, particulièrement ceux qui remontent à une date ancienne, il s'ajoute très souvent du catarrhe des bronches et des poumons, lequel doit être rapporté à la même cause morbide que celui des parties supérieures de l'arbre aérien.

C'est d'autant moins douteux, dit-il, que ce catarrhe pulmonaire n'est, dans la plupart des cas, qu'une simple continuation du catarrhe laryngien et trachéal, et cède ordinairement au même traitement antisyphilitique.

Cette affection catarrhale des bronches et des poumons apparaîtrait souvent, comme celle de la gorge et du larynx, peu de mois après l'infection.

Aussi, l'auteur affirme-t-il que les affections légères catarrhales des bronches et des poumons devraient être rattachées à la syphilis secondaire, les inflammations graves, plus enracinées, à la période tertiaire. Mais on ne devra admettre une affection syphilitique des bronches et des poumons que si on trouve, en même temps, des symptômes non équivoques de syphilis dans d'autres organes, et notamment dans les régions pharyngienne et laryngienne.

Quant au diagnostic, ni les troubles fonctionnels, ni la marche de la maladie, bien qu'elle soit, en général, plus lente, ni la localisation ne peuvent servir à poser le diagnostic différentiel entre la syphilis pulmonaire et la phtisie. Toutefois, si chez un sujet robuste, paraissant sain, on observe des troubles fonctionnels sérieux, du côté de la poitrine, et si l'on peut reconnaître des modifications anatomiques essentielles dans les poumons, on devra penser à la syphilis et interroger le malade dans ce sens. S'il est né de parents sains, et qu'il n'ait auparavant jamais rien éprouvé du côté des organes respiratoires et si en même temps il existe chez lui des lésions syphilitiques secondaires ou même tertiaires de la peau, des os, etc., la syphilis pulmonaire sera vraisemblable. La probabilité sera d'autant plus grande, si les lésions pulmonaires siègent principalement dans les lobes moyens et inférieurs, tandis que les sommets sont restés indemnes. Mais ce doute ne sera plus permis si, à l'aide du laryngoscope, on trouve des lésions syphilitiques dans le larynx.

C'est, par conséquent, dans l'exploration du larynx que se trouve la clef du diagnostic différentiel et M. Schnitzler s'étonne que les auteurs n'aient pas attaché plus d'importance à la constatation de cet indice. Pour lui, il a toujours trouvé des lésions laryngées dans tous les cas de syphilis pulmonaire qu'il a eu l'occasion d'observer.

Il termine son intéressant mémoire par les conclusions suivantes :

1° La syphilis pulmonaire survient beaucoup plus souvent qu'on ne l'avait cru jusqu'ici. Elle est toujours une conséquence de la syphilis générale et se manifeste habituellement à une période plus tardive, déjà plus avancée de la maladie ; elle peut cependant aussi se développer parfois à une époque plus récente, c'est-à-dire à la période secondaire de la syphilis ; mais elle n'est jamais le premier et le seul symptôme de la syphilis constitutionnelle, elle n'apparaît qu'après que d'autres organes (la peau, les muqueuses, les os, le foie, les testicules, le cerveau) ont été atteints de lésions spécifiques ;

2° Les symptômes de la syphilis pulmonaire sont, en général, ceux de la phtisie ordinaire, par conséquent, l'affection est pendant la vie difficile à reconnaître d'une manière certaine ; et même à l'autopsie, on ne peut pas toujours distinguer les deux processus l'un de l'autre, notamment en ce qui concerne l'infiltration syphilitique diffuse des poumons, mais même quant aux gommes, dont la présence constitue un caractère beaucoup plus tranché, il est facile de les confondre avec les tubercules ;

3° Le diagnostic de la syphilis pulmonaire repose sur les troubles fonctionnels et les modifications évidentes des poumons, sur le cours et l'influence du traitement, sur l'anamnèse et sur la coexistence des lésions spécifiques dans d'autres organes. Quant au diagnostic différentiel, entre la syphilis et la phtisie, je dois renvoyer le lecteur à ce que j'ai déjà dit auparavant ;

4° Le pronostic de cette affection, s'il est toujours grave, n'est cependant pas absolument défavorable, surtout si l'on a reconnu la maladie à temps ; mais, même à une période avancée, on ne doit pas abandonner tout espoir de guérison ;

5° Si la syphilis pulmonaire n'est pas diagnostiquée à temps, et si elle n'est pas traitée d'une manière appropriée, elle se transforme en phtisie et, par conséquent, se termine d'une manière fatale ;

6° Le traitement doit être avant tout antisyphilitique. L'iode et le mercure sont ici les deux remèdes spécifiques par excellence, seulement la médication, tout en restant prudente, doit avant tout être énergique. On obtient souvent ainsi des succès tout à fait inespérés, vraiment surprenants à propos desquels revient involontairement à la mémoire ce mot de Ricord : « Dans le traitement de la syphilis, tout est possible, même ce qui paraît impossible. »

A. DOYON.

Syphilis héréditaire tardive, par Coupland (*British journal médical*, 31 janvier 1880).

Trois cas de syphilis tardive ou tertiaire chez des enfants, par Chealde (même journal, 7 février 1880.)

Les journaux anglais et américains contiennent, depuis quelques temps, d'assez nombreuses observations de syphilis infantile tardive : elles ne font que confirmer, en général, les travaux si importants inspirés par l'école de l'Antiquaille et exposés en particulier dans la thèse de M. Chabond. Les observations de MM. Coupland et Chealde présentent quelques particularités plus spéciales, qui méritent d'attirer l'attention.

M. Coupland a communiqué, à la séance du 20 janvier 1880 de la Société pathologique de Londres, deux faits dont voici le résumé :

Obs. I. — Jeune fille de 13 ans, atteinte d'hydropisie brightique, présentant les déformations des incisives et les opacités cornéennes notées dans la syphilis héréditaire par J. Hutchinson. Dans cette famille, il y a eu trois enfants mort-nés, quatre morts dans l'enfance (plusieurs ayant présenté des signes de syphilis congénitale), et quatre autres sains. La malade meurt des progrès de son affection rénale ; à l'autopsie : néphrite parenchymateuse, foie déformé et atteint de deux gommes, rate hypertrophiée et indurée.

Obs. II. — Jeune fille de 18 ans et demi, qui meurt de néphrite et d'un abcès de la jambe droite, causé par une nécrose du tibia ; lésions pareilles à celle de l'observation précédente aux incisives et aux cornées. Mère ayant eu deux avortements et treize enfants, dont sept sont morts dans l'enfance. A l'autopsie, gommes osseuses et périostiques du crâne et du tibia, avec nécrose plus ou moins avancée de ces os ; hépatite gommeuse et périhépatite ; hypertrophie splénique ; néphrite parenchymateuse.

Dans la discussion qui a suivi cette communication, il a été surtout question de la fréquence de la mort par le rein dans les cas de syphilis congénitale, fréquence sur laquelle a insisté, en particulier, M. Hutchinson. Dans ces cas, les altérations rénales sont non seulement amyloïdes, ce qui paraît être le cas le plus fréquent, mais aussi simplement parenchymateuses ou même interstitielles.

M. Chealde a recueilli à l'Hôpital des enfants malades de Londres trois faits, dont les deux premiers rentrent dans la forme ordinaire des cas observés. Voici l'analyse du troisième :

Enfant de 3 ans et 11 mois, dont la mère a eu un avortement de

jumeaux, cinq enfants mort-nés et quatre enfants bien portants; pas d'autre commémoratif de syphilis. Depuis 4 mois, affaiblissement général et faiblesse des jambes; depuis deux mois, douleurs dans les genoux. On constate une hypertrophie considérable et douloureuse des extrémités des radius et de la partie supérieure des tibias. Insuccès absolu de l'huile de foie de morue et des toniques; guérison rapide et remarquable sous l'influence de l'iodure de potassium; seulement les points osseux atteints restent hypertrophiés quoique indolents.

Il s'agirait là, d'après l'auteur, d une forme non encore signalée de syphilis osseuse, parfaitement différente du rachitisme au point de vue clinique et surtout thérapeutique. H. C.

---

DEUX CAS DE SYPHILIS CONGÉNITALE DU LARYNX, par FÉLIX SEMON (*British medical journal*, 14 février 1880).

Les lésions profondes du larynx dans la syphilis congénitale sont rares; ce qui augmente encore l'intérêt de ces deux faits, c'est qu'ils appartiennent à la même famille, dans laquelle un troisième enfant aurait succombé peut-être aux mêmes accidents. Pour les deux dont nous avons les observations, la syphilis était affirmée, non seulement par les commémoratifs, mais encore par des poussées réitérées d'accidents spécifiques (éruptions cutanées, coryza, plaques muqueuses, etc.), Tous deux ont souffert dès leur naissance de dyspnée et d'enrouement, et ont succombé en trois semaines à des symptômes d'œdème de la glotte. L'aîné qui a vécu jusqu'à 5 ans et 9 mois, avait pu être laryngoscopé: l'épiglotte hypertrophiée, déformée, ulcérée, obstruait à peu près complètement l'entrée du larynx. Le second, mort à 3 ans et demi a été trachéotomisé sans succès; chez lui, le rétrécissement siégeait au niveau de la partie moyenne de l'organe; dans les deux cas, le larynx était, non seulement ulcéré, mais sclérosé, ce dernier processus était spécialement développé chez l'aîné. H. C.

---

CELSO PELLIZZARI. — *Di un caso di frattura incompleta spontanea per sifilide acquisita in tenera eta.* (*Cas de fracture incomplète spontanée par suite de syphilis acquise dans le jeune âge.*) (*Giorn. delle malatt. vener;* décembre 1879.)

Le 11 décembre 1877, une femme de 28 ans entre à la clinique spéciale de Florence pour des douleurs crânio-frontales très violentes

surtout la nuit. Peu après se développait une éruption de papules rouges cuivrées, caractéristique d'une syphilis récente. Cette femme, remariée depuis quelques années, avait eu : 1° un avortement à trois mois ; 2° un enfant mort à six mois, d'affection pulmonaire sans avoir présenté d'éruption ; 3° un enfant qui succomba dans les mêmes conditions à sept mois ; 4° une fille venue au monde le 21 février 1876, et qui fut confiée à une nourrice ; 5° un cinquième enfant dont elle accoucha le 31 janvier 1877, et qui resta bien portant.

Ayant retiré de nourrice l'enfant n° 4, elle avait été étonnée de le voir couvert de boutons, notamment aux parties génitales et aux pieds. Puis elle-même, au mois de mai 1877, avait commencé à souffrir beaucoup d'une amygdale, et, les glandes du cou s'étant engorgées, son état général périclita, puis vint le mal de tête et enfin elle entra à l'hôpital, où parurent les papules cuivrées. Le traitement fut ce qu'il devait être, c'est-à-dire mixte ; la santé se rétablit à peu près, et la malade devint enceinte une sixième fois, mais malgré une thérapeutique sérieuse faite pendant la grossesse, l'enfant ne vécut que cinq heures.

Cette observation est bien complexe, mais elle tombait entre trop bonnes mains pour que son interprétation restât douteuse. *A priori*, Celso Pellizzari annonça que la syphilis avait dû être contractée après le cinquième accouchement, et qu'elle avait été probablement la conséquence d'un chancre tonsillaire, gagné en mai 1877, auprès de l'enfant n° 4, qui était, on se le rappelle, couvert de boutons.

On fit venir l'enfant, il n'était pas cachectique comme les syphilitiques de naissance, mais les éruptions foisonnaient sur son tégument : papules humides, psoriasis plantaire, onyxis et périonyxis, plaques muqueuses, engorgements des glandes inguinales et cervicales, conclusion : syphilis acquise. Il présentait, en outre, une lésion bien intéressante du squelette : quand on saisissait son avant-bras droit, on déterminait une douleur vive, et, en ce point, la palpation faisait sentir le radius uniformément gonflé dans son tiers moyen et une portion de son tiers inférieur ; son volume était double de celui du côté opposé, e. quand on le pressait, on s'apercevait d'une flexibilité notable. Le 7 avril, la petite malade mourait d'une bronchite, et voici ce que l'autopsie permit de découvrir : en ce point, à la réunion du tiers moyen et du tiers inférieur, la continuité de l'os était interrompue, mais à la face interne se voyait un épaississement considérable du périoste ; l'os ouvert, on reconnut les caractères de la dégénération gélatiniforme (Parrot). Le tissu néoplastique s'était peu à peu substitué au tissu normal de l'os, et la prolifération s'était faite en si grande abondance que l'élément calcaire avait presque complètement disparu. La partie médullaire avait

été envahie la première, et de la couche compacte il ne restait plus qu'une lamelle de 2 millimètres d'épaisseur. En réalité, la continuité de l'os était surtout établie par le périoste : c'était donc bien véritablement une fracture incomplète spontanée. Or, d'après Celso, point ne s'agissait, en l'espèce, d'une production gommeuse, mais d'une de ces ostéopathies précoces, secondaires, dont l'auteur de cet article a essayé de rattacher le développement à l'altération générale du système lymphatique. Je remercie l'auteur de cette confirmation qu'il vient de donner aux idées que j'ai défendues. Je crois, comme lui, qu'il s'agit ici d'une résorption de l'élément calcaire sous l'effort de l'élément lymphatique se multipliant indéfiniment ; mais je regrette que le microscope n'ait pas été appelé à prononcer en dernier ressort. Il est évident, d'ailleurs, que le squelette de l'enfant est éminemment propre à ce genre de lésions.

Comme on le voit, cette double observation offre un grand intérêt. J'ajouterai que le jeune auteur l'a profondément et surtout longuement scrutée, fouillée, épiloguée, retournée dans tous les sens... plus un, serais-je tenté de dire, durant quatorze pages, fort bien écrites, cela va sans dire. Qu'importe, d'ailleurs, si c'est pour en faire sortir la vérité et s'il porte la conviction dans notre esprit !

L. JULLIEN.

---

RAIMONDI. — *Degli avvelenamenti lenti di mercurio con ispeciale riguardo alle alterazioni del midollo de l'ossa.* (*Des empoisonnements lents par le mercure, et, en particulier, des altérations qu'il produit sur la moelle des os.*) *Annali universali d'omodei*, vol. 251, page 52.

Continuons à instruire le grand procès du mercure.

Voici le travail, fort impartial, d'un physiologiste de Pavie, poussé à ses recherches par la pauvreté de la science en fait de documents précis. Pourquoi son exemple n'a-t-il pas été imité par les antimercurialistes, qui, pour la plupart, dénigrent systématiquement cet agent de la façon la moins scientifique du monde? Pourquoi ces documents ne nous sont-ils pas venus déjà, en nombre considérable, du Pérou ou de l'Espagne, pays des *Calambristes ?* La question serait autrement avancée à l'heure qu'il est, et les thérapeutistes ne s'épuiseraient pas en discussions stériles ou tout au moins peu neuves. Que n'a-t-on pas dit, par exemple, sur les altérations osseuses d'origine mercurielle ! Les uns déclarent avoir trouvé du mercure liquide dans les corps des os longs, les autres dénoncent la nécrose ou la carie comme un résultat fréquent

de la cure hydrargyrique ; Howard et Mathias ont surtout observé une sorte de ramollissement des parties dures. Arrivons aux faits de M. Raimondi.

Les expériences ont été faites avec des lapins, auxquels fut administrée d'abord une pilule de 1 milligramme de sublimé tous les deux jours, au bout d'une semaine la même dose fut administrée quotidiennement, puis on l'accrut de semaine en semaine, mais elle ne dépassa jamais 2 centigrammes. Tous les animaux moururent moins de trois mois après le début des expériences. Ils avaient consommé un peu plus de 2 grammes de poison. Ses tristes effets ne se firent pas attendre : amaigrissement rapide, diarrhée sanguinolente, incertitude dans la démarche, *paralysie complète des membres postérieurs* chez l'un d'eux, diminution du nombre des globules rouges, accroissement de celui des leucocytes et de leur pigment. A l'autopsie, léger degré d'œdème cérébral ; chez le paraplégique, on trouva le canal central de la moelle un peu dilaté, et çà et là dans la région lombaire des points rouges sur les cornes postérieures, dont la substance est ramollie et présente, à l'examen microscopique, des cellules et des tubes nerveux en voie de destruction ; un peu de congestion pulmonaire, et d'altération granuleuse du myocarde ; ecchymoses et ulcérations sur la muqueuse intestinale ; foie volumineux, parsemé de petits nodules de matière crémeuse blanc jaunâtre, constitués en partie par des psorospermes particuliers aux lapins ; rate atrophiée ; reins gonflés avec état granuleux de leur épithélium tubulaire.

Les os longs, vidés de leur moelle, pèsent moins qu'à l'état normal; ils sont amincis et fragiles. La moelle est rouge sombre, pauvre en éléments graisseux, cellules médullaires rares, granuleuses ; peu de cellules rouges à noyaux. La consistance de la moelle est celle de la gélatine, en quelques points elle offre l'aspect pultacé, avec des extravasats sanguins, et des granulations brunes. Ces lésions sont aussi manifestes sinon plus dans les os courts, dans les côtes. L'auteur, qui les croit d'origine secondaire, se demande si elles ne sont pas liées aux désordres intestinaux si accentués dans cette sorte d'intoxication. Cette opinion est fort bien développée par M. Raimondi, qui, du reste, ne la donne pas comme indiscutable.

Concluons : depuis 1818, date de la publication du livre où avait si bien été décrit la *mollesse des os*, consécutive à la cure hydrargyrique, des générations de syphiligraphes ont traité André Mathias de visionnaire et d'observateur peu consciencieux. Or, voilà connu dans sa phase initiale, le processus de cette altération osseuse, dont l'existence n'est plus contestable. Nous ne prétendons pas que l'antimercurialisme

vienne de faire un grand pas, telle n'cst pas notre opinion, mais assurément ce n'est pas un triomphe pour ses adversaires. LOUIS JULLIEN.

---

I. — PRIMO FERRARI. — *Contribuzione alla patologia e alla clinica della lesione iniziale della sifilide* (*contribution à la pathologie et à la clinique de la lésion initiale de la syphilis*). *Giorn internazionale delle scienze mediche, nuova seria, anno* I, *fascic.* 8, 1879).

II. — FRANCESCO FOLINEA. — *Sulla eccissione della sclerosi iniziale sifilitica.* (*Sur l'excision de l'induration syphilitique initiale.*) *Il Morgagni*, tome XXI, page 604.

I. — A propos d'un malade qui avait contracté dans un seul coït une blennorrhagie et trois chancres syphilitiques, M. Primo Ferrari, professeur et dirccteur de la cliniquc spéciale de Catane, vient de publier une série de considérations très intéressantes sur la lésion initiale de la syphilis. De ce travail qui contient l'affirmation très nettement formuléc dc la doctrine dualiste, nous ne signalcrons qu'une partie, celle qui a trait à la thérapeutique, parcc qu'elle appelle l'attention sur un des problèmes les plus attachants dc la syphiligraphie actuelle, l'excision de l'ulcération initiale.

Voici brièvcment ce dont il s'agit :

Dcpuis bien des années, la doctrine des syphiligraphes en matière de chancre primitif est que le syphilome dénote l'infection, qu'il en est le premier accident ct non la source. Telle était aussi l'opinion de M. Auspitz (de Vienne), quand, il y a 2 ans, il entreprit une série de recherches sur l'histologie comparative des chancres ; étudicr l'infiltrat spécifique, son but n'allait pas au delà; et s'il fut obligé pour lc réaliser, de pratiquer l'excision des chancrcs, ce fut à son corps défendant, et parce qu'il n'y avait pas d'autre moyen d'obéir aux exigences du microscope. Aussi quelle ne fut pas sa surprise quand il reconnut que les sujets auxquels il avait pratiqué cette petite opération restaient dans une notable proportion, indemnes de toute infection (1) ! L'expérimentation vint rapidement en aidc à cette découverte du hasard, et l'on pourrait voir actuellement dans le musée de M. Auspitz, des centaines de

(1) *Uber die exzision der Hunter'schen induration*, von Prof. Heinrich AUSPITZ (*Wiener Medizinischen Presse*, 1879).

chancres extirpés, embrochés sur de longues épingles, et disposés comme des rangées d'insectes dans une collection. Si le fait se confirme, comme beaucoup l'espèrent, c'est assurément l'une des plus belles découvertes de la thérapeutique spécifique, qui en a enregistré de si précieuses déjà dans notre siècle. Mais, se confirmera-t-il pleinement? sur ce point, nous sommes tenus à des réserves, nous devons tenir compte d'objections diverses.

Et d'abord, on fera remarquer que l'extirpation du chancre ne peut agir autrement que la destruction par les caustiques, et que cette pratique n'a jamais été suivie de succès entre les mains de ceux qui l'ont préconisée le plus autrefois. A ceci, nous répondrons que la cautérisation jouit d'une action tout autre que l'ablation; ne sait-on pas, en effet, combien il est difficile d'agir dans la profondeur, avec les caustiques les plus intenses, même avec le fer rouge? A notre avis, il est bien douteux que l'on ait jamais la certitude d'une destruction totale. Et puis d'ailleurs, qui nous dit que parmi les chancres cautérisés et que vous appelez mous, parce qu'ils n'ont pas été suivis d'infection, il ne s'en trouvait pas de syphilitiques? Sur ce point, les résultats d'aujourd'hui pourront peut-être jeter un jour inattendu sur les observations d'hier.

En second lieu, beaucoup de syphiligraphes, cantonnés dans les idées qui ont cours sur la généralisation hâtive de l'infection, accueilleront notre appel à de nouvelles observations par une véritable question préalable; tant pis alors pour ceux dont le siège est fait si les succès signalés en Autriche, venaient à se vérifier parmi nous. Personnellement, l'auteur de la présente revue s'est aussi compromis qu'on peut l'être en faveur de la doctrine en litige; en plus d'un passage de ses écrits, il a affirmé, développé, commenté l'opinion d'après laquelle le chancre ne serait que l'expression d'une diathèse préexistante, un accident, et rien de plus. Mais cette considération lui semble légère; il accueille la nouvelle doctrine comme une espérance, prêt à la saluer comme un bienfait; il l'a mise en pratique, et en attend les résultats avec une émotion sincère, voulant être le premier à reconnaître son erreur, s'il y a lieu, et rester fidèle à l'épigraphe toujours enviable de nos vieux maîtres: « Cecy est œuvre de bonne foi. »

Enfin, nous avons entendu formuler une autre objection, non pas cette fois, contre le travail de M. Auspitz, mais contre ce professeur lui-même, que l'on accuserait de méconnaître la distinction des chancres. Sur ce point, nous ne saurions passer condamnation; les Français qui émettent une telle opinion devraient se souvenir que c'est de l'école de Vienne que nous sont venus les premiers travaux et les plus consi-

dérables sur la structure comparée des chancres; et que dans le cas particulier, c'est bien du *syphilome* qu'il s'agit, *der Hunter'Schen induration*, comme l'écrit M. Auspitz, auquel personne, je suppose, ne s'avisera de contester la compétence nécessaire pour un tel diagnostic, et que d'ailleurs, dans toutes ses observations, le microscope a dû prononcer en dernier ressort. Sans prendre parti pour une manière de voir, plutôt que pour l'autre, nous croyons que les faits présentés par M. Auspitz, sont de nature à entraîner tout observateur consciencieux et loyal dans la voie de l'expérimentation, qui ne saurait tarder à faire complète lumière sur ce point. Les idées théoriques qu'il faudra peut-être adopter ensuite, nous n'en avons cure; au reste, hâtons-nous de dire qu'avec MM. Kuss, Langlebert, Reder, des convaincus de la veille, et M. Auspitz, un rallié, mais avec quel éclat! nous n'aurions que l'embarras du choix, et, dans tous les cas, serions mal venus à nous plaindre de nous trouver en mauvaise compagnie.

M. Primo Ferrari, qui me pardonnera de le rejoindre après un si long détour, doit figurer aussi parmi ces ralliés, sinon à la doctrine, du moins à l'expérimentation; mais il en pose, à notre avis, les indications avec trop de parcimonie. Il faut, dit-il, pour qu'on soit autorisé à opérer, que l'ulcère siège sur une partie qui le rende facilement enlevable, qu'il ne date pas de plus de trois jours, et enfin qu'il y ait intégrité absolue des lymphatiques. A ce compte, les statistiques mettraient beau temps à s'accroître. Il nous semble, à nous que la première de ces conditions est la seule qui doive être sérieusement prise en considération, et encore nous ne doutons pas que beaucoup de malades n'affrontassent les chances d'une perte de substance même notable, s'ils connaissaient les résultats publiés jusqu'ici, et dont voici le résumé éloquent :

| | | |
|---|---|---|
| Auspitz (de Vienne)..... | 33 excisions..... | 14 guérisons. |
| Unna (de Hambourg).... | 3 — | 2 — |
| Kolliker (de Halle)...... | 8 — | 3 — |
| Folinea (de Naples)..... | 19 — | 8 — |
| Total...... | 63 | 27 |

Par *guérison*, nous voulons dire *non-apparition* de symptômes secondaires.

II. — Le travail de Folinea, de Naples, dont nous venons de donner en bloc les résultats, mérite à tous égards une analyse détaillée, d'autant que ses expériences ont été commencées dès 1876, c'est-à-dire bien avant la publication de celles d'Auspitz.

Sur 19 sujets qu'il soumit à l'excision du chancre, cinq hommes et quatorze femmes, Folinea ne vit la vérole suivre son cours que onze

fois. Quant à la plaie qui succéda à l'ablation du néoplasme, neuf fois elle se réunit par première intention, deux fois elle ne guérit qu'après suppuration, huit fois elle devint le siège d'une induration.

Relativement au siège de l'ulcère, voici comment se répartissent ces 11 cas :

| SIÈGE DES ULCÈRES. | | MARCHE DE LA PLAIE. 1re intention. | 2e intention. | Induration. | ARRÊT de SYPHILIS. | INSUCCÈS. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sillon bal. prép ........ | 2 | 1 | 1 | » | 2 | » |
| Prépuce................ | 3 | 1 | » | 2 | 1 | 3 |
| Grandes lèvres......... | 5 | 3 | » | 2 | 2 | 3 |
| Petites lèvres.......... | 6 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 |
| Fossette (?)............ | 2 | 1 | » | 1 | 1 | 1 |
| Sillon uréthro-vaginal.. | 1 | » | » | 1 | » | 1 |
| TOTAL.......... | 19 | 9 | 2 | 8 | 8 | 11 |

Mais la comparaison de tous ces faits ne se peut faire que si l'on met en regard le temps qui s'était écoulé depuis l'apparition du chancre ; c'est ce que l'auteur nous indique dans le tableau suivant, qu'il nous paraît indispensable de reproduire :

| DATE de L'INFECTION. | APPARITION de la SCLÉROSE. | INCUBATION. | DATE DU chancre avant l'excision. | ÉTAT des glandes voisines. | MARCHE DE LA PLAIE. 1re inten-tion. | 2e inten-tion. | Indu-ration. | SUCCÈS | INSUCCÈS. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Jours. | Jours. | | | | | | |
| 25 janv. 1876. | 11 fév. 1876. | 17 | 4 | Norm. | Guéri. | ...... | ...... | Succès. | ........ |
| 2 fév. » | 21 fév. » | 19 | 3 | » | Guéri. | ...... | ...... | Succès. | ........ |
| 5 avril » | 23 avril » | 18 | 7 | » | ...... | ...... | Indur. | ........ | Syphilis. |
| 7 avril » | 2 mai » | 29 | 11 | Polyad. | Guéri. | ...... | ..... | Succès. | ........ |
| 10 mai » | 1er juin » | 21 | 2 | Norm. | Guéri. | ...... | ...... | Succès. | ........ |
| 17 juin » | 1er juil. » | 13 | 16 | Polyad. | Guéri. | ...... | ...... | Succès. | ........ |
| 1er janv. 1877. | 16 janv. 1877. | 15 | 6 | Norm. | ...... | ...... | Indur. | ........ | Syphilis. |
| 7 juil. » | 23 juil. » | 16 | 3 | Norm. | Guéri. | ...... | ...... | Succès. | ........ |
| 9 août » | 24 août » | 15 | 9 | Norm. | ...... | Guéri. | ...... | Succès. | ........ |
| 16 août » | 5 sept. » | 20 | 21 | Polyad. | ...... | ...... | Indur. | ........ | Syphilis. |
| 3 sept. » | 16 sept. » | 13 | 4 | Norm. | Guéri. | ...... | ...... | ........ | Syphilis. |
| 9 oct. » | 18 oct. » | 9 | 28 | Polyad. | Guéri. | ...... | ...... | ........ | Syphilis. |
| 11 nov. » | 23 nov. » | 12 | 4 | Norm. | ...... | ...... | Indur. | ........ | Syphilis. |
| 5 déc. » | 21 déc. » | 16 | 7 | » | ...... | ...... | Indur. | ........ | Syphilis. |
| Date incon. | 2 juil. 1876. | » | 5 | » | Guéri. | ...... | Indur. | ........ | Syphilis. |
| » | 7 août. » | » | 1 | » | ...... | ...... | ...... | Succès. | ........ |
| » | 1er nov. » | » | 12 | 1 gang. | ...... | Guéri. | ...... | ........ | Syphilis. |
| » | 5 mai 1877. | » | 17 | Polyad. | ...... | ...... | Indur. | ........ | Syphilis. |
| » | 7 août » | » | 31 | Polyad. | ...... | ...... | Indur. | ........ | Syphilis. |
| Total...19 | | | | | 9 | 2 | 8 | 8 | 11 |

Les accidents présentés par les malades opérés sans succès, ont été la syphilide maculeuse (6 cas), la syphilide papuleuse (3 cas), et les plaques muqueuses (2 cas).

Quant aux autres, on prolongea autant qu'on le put la période pendant laquelle l'observation put être continuée. Ils furent donc surveillés: 2 pendant six mois, 1 pendant huit, 1 pendant dix, 1 pendant un an, 1 pendant seize mois, 1 pendant dix-huit mois, 1 pendant deux ans.

De ces faits, l'auteur tire les conclusions suivantes, dont chacun peut vérifier l'exactitude en se reportant au tableau :

1° La sclérose initiale est toujours l'expression locale de l'infection syphilitique, et c'est secondairement qu'elle communique au sang, par la voie des lymphatiques, le principe infectieux, qui contagionne l'organisme et donne lieu aux formes diverses d'accidents superficiels ou profonds qui caractérisent la syphilis constitutionnelle ;

2° On doit compter d'autant plus sur le succès, quand on extirpe la sclérose, que cette opération est pratiquée plus hâtivement;

3° La cicatrisation de la plaie par première intention n'est pas une garantie contre l'infection ultérieure ;

4° L'existence de la polyadénite est une condition défavorable pour le succès de l'excision ;

5° Cependant on a vu la syphilis enrayée, même dans des cas où la polyadénite s'était déjà développée ;

6° Rien ne permet d'établir dans l'état actuel de la science, les limites dans lesquelles on puisse recourir avec chances de succès à l'extirpation ;

7° Quand la syphilis n'est pas enrayée par l'excision, il semble cependant qu'elle soit notablement amendée et que son décours soit moins à redouter;

8° On doit toujours tenter l'excision de l'induration, car si l'on ne réussit pas complètement, on a grande chance d'améliorer l'état présent et futur du malade, et, dans tous les cas, on ne lui fait courir aucun danger.

L. JULLIEN.

---

CELSO PELLIZZARI. — *Di alcune eruzione cutanee dovute all'azione patogenica de l'ioduro di potassio.* (*De quelques éruptions cutanées dues à l'action pathogénique de l'iodure de potassium.*) (*Lo Sperimentale*, 1880, p. 127.)

Voici un nouveau et très important travail de M. Celso Pellizzari! A l'activité dont fait preuve ce brillant chef de clinique, connaissez-

vous beaucoup de professeurs qui seraient dignes d'être assistants? Telle est la question que l'on est tenté de poser en rencontrant à chaque page dans des recueils de tous genres, les preuves du zèle infatigable et de l'ardeur de ce laborieux chercheur; mais il va sans dire que cette réflexion ne saurait atteindre les très distingués professeurs, Giorgio et Pietro Pellizzari, car si l'on comprend tout ce que nous perdons à ne plus les lire aussi fréquemment qu'autrefois, on se console en retrouvant leur esprit et leur féconde influence scientifique dans les travaux sans nombre du jeune assistant, qui poursuit ainsi la tradition d'un nom triplement cher aux sciences médicales.

Dans ce mémoire, Celso Pellizzari fait connaître une forme jusqu'ici non décrite, d'éruption iodique. Voici dans quelles circonstances il lui fut donné de l'observer :

Le 20 mars 1877, se présentait à la consultation de Santa-Maria-Nuova à Florence, un homme de 30 ans, auquel on prescrivit, pour une syphilide papulo-tuberculeuse, une pilule de 1 centigramme de biiodure de mercure et 1 gramme d'iodure de potassium à prendre chaque jour.

Le 4 avril il se plaignit de ressentir depuis 4 jours des frissons; on lui recommanda de suspendre le traitement, mais il n'en fit rien.

Le 14, fièvre intense, abattement profond; sur la face antérieure de l'avant-bras gauche se voient trois papules larges comme une pièce de 2 centimes, d'aspect chagriné, offrant la couleur d'une fraise. Çà et là sur les bras et les jambes 8 ou 10 éléments rupioides du diamètre d'un sou; surmontée d'une phlytène à contenu peu abondant, et sans perte de substance appréciable, comme dans le rupia spécifique. Enfin trois élevures dont la grosseur variait de celle d'une noix à celle d'une pomme avaient leur siège dans le tissu cellulaire sous-cutané; on les voyait aux cuisses et à l'avant-bras droit. La dernière était surmontée d'une grosse ampoule. Pouls 96, température 39°. On songe au farcin sans se prononcer pourtant, et le traitement reste absolument négatif.

Le 18, l'amélioration étant considérable, on reprend la cure antisyphilitique et l'on prescrit 2 grammes par jour d'iodure de potassium. Mais le 21, les frissons et la fièvre reparaissent pour cesser le jour suivant quand on supprime le médicament. On le reprend le 25, et les phénomènes fébriles se montrent encore, avec apparition de nouveaux nodules sur les jambes et les bras, et de symptômes généraux graves jusqu'à ce que, le 28, on le supprimât de nouveau, la cause de ces phénomènes était enfin reconnue, mais pour la rendre plus certaine encore l'expérience fut renouvelée à deux ou trois reprises et chaque fois donna les mêmes résultats.

Dans un autre cas l'auteur put observer une éruption analogue à l'érythème noueux, et, prévenu cette fois, reconnaître d'emblée la cause de l'accident.

Cette *éruption bulbeuse iodique* n'est pas de connaissance absolument nouvelle, avec des variantes de terminologie commandées par les degrés divers de la lésion, on peut la retrouver décrite sous le nom de *rupia* par Ricord, de *pemphigus* par Cazenave, Bumstead et Tilbury Fox, d'*hydroa* par Hutchinson. Les points vraiment originaux de cette communication ont trait à l'intensité de la fièvre, qui avait peu attiré l'attention jusqu'ici, et au développement de nodules volumineux atteignant la grosseur d'une noix ou d'une pomme dans le tissu cellulaire.

La seconde partie du mémoire de Pellizzari est consacrée à l'étude du mécanisme qui préside à la production de ces phénomènes.

*a*) Tilbury Fox leur assigne pour siège unique les glandes sébacées ; mais Duckworth en montrant une éruption produite sur un tissu de cicatrice; Adam-Kiewicz en appelant l'attention sur sa fréquence dans les régions riches en éléments sudoripares, telles que la paume des mains et la plante des pieds, Hyde en insistant sur l'immunité relative de la face ont singulièrement ébranlé cette opinion. Pour Pellizari le siège est variable : acné, furoncles, abcès se développent au sein des glandes, papules et soulèvements ortiés dérivent d'une infiltration malpighienne, l'érythème noueux est sous-cutané et provient du tissu cellulaire; enfin l'eczéma attesterait l'irritation des glandes sudorifiques. Sur ce dernier point nous ne saurions être de l'avis de l'auteur ; il n'y a rien de commun entre l'eczéma catarrhe du derme et l'hydrosadénite ou l'hydrosadenorrhée, et si prolongée qu'on la suppose, l'hyperhydrose ne saurait devenir un eczéma.

*b*) La plupart des auteurs ont noté ce fait curieux que les petites doses d'iodure sont relativement plus nocives que les doses fortes. Comment l'expliquer ? Pellizzari rappelle les propriétés diurétiques de ce sel, propriétés si énergiques qu'un malade de Ricord était arrivé à uriner 50 litres de liquide par jour, et suppose non sans raison que l'irritation rénale nécessaire pour provoquer la diurèse ne peut se produire que lorsque l'iodure est ingéré en certaine quantité.

*c*) Pourquoi les phénomènes d'intoxication ne succèdent-ils pas immédiatement à l'administration du remède, et peuvent-ils se rencontrer 3, 4 et même un plus grand nombre de jours après sa suspension ? C'est que, ainsi que nous l'a appris Rabuteau, si la majeure partie de l'iodure absorbé est éliminée en 24 heures, une quantité notable passe encore par les sécrétions 2, 3 et même parfois 40 jours plus tard.

*d*) Que cette lenteur normale soit accrue par une disposition pathologique du filtre rénal, et l'intoxication deviendra presque fatale. C'est alors qu'on verra l'iode prendre le chemin des émonctoires cutanés ou muqueux principalement de ceux qu'y prédispose un état congestif habituel, lesquels subissant de ce fait une irritation démesurée peuvent devenir le siège des éruptions variées dont l'auteur nous a entretenus. Combien nous regrettons qu'il n'ait pas cité à ce propos la thèse si remarquable de Chauvet *Sur le danger des médications actives dans les cas de lésions rénales* (Paris 1877)! Il aurait vu l'élimination de l'iodure durer chez les néphritiques 4, 5, 10 et même 12 jours. Et quels puissants arguments n'eût-il point empruntés aux développements magistraux apportés par l'auteur dans l'étude de ces questions si complexes!

*e*) Si seul le stimulus produit par la présence de l'iode dans la circulation rend compte des érythèmes, du coryza, du larmoiement, et même du délire produit parfois pendant l'ivresse iodique, il n'en est pas de même pour le pemphigus, les abcès sous-cutanés et le purpura. Pour l'auteur dont nous partageons absolument la manière de voir, il n'est pas douteux qu'il ne faille en chercher la cause dans une profonde altération de la crase sanguine, liée probablement aux combinaisons de l'iode avec les composés albumineux du sang. Mais sur la nature de cette modification chimique, nous ne sommes nullement fixés malgré les travaux de Binz, Kommerer, Schoenfeldt. Suivant Thin la partie globulaire du sang étant altérée, les parois vasculaires ne restent pas longtemps normales, et c'est alors que se produisent les extravasats, les hémorragies cutanées, l'amaigrissement et l'atrophie des organes. Mais encore une fois on ne peut que poser la question, car les recherches précises font défaut sur ce point.

Outre les faits nouveaux qu'il apporte, ce remarquable mémoire est donc surtout un travail de déblai. L'auteur nous montre avec une grande force de raisonnement les points sur lesquels la science est incomplète: c'est à la chimie à nous éclairer maintenant et non seulement sur le rôle de l'iodure, mais encore sur le mécanisme général d'après lequel se produisent les symptômes si intéressants des éruptions pathogéniques.

L. JULLIEN.

---

## BIBLIOGRAPHIE.

---

SKIN DISEASES INCLUDING THEIR DEFINITION, SYMPTOMS, DIAGNOSIS, PROGNOSIS, MORBID ANATOMY, AND TREATEMENT. — A MANUAL FOR STUDENTS AND PRACTITIONNERS, BY MALCOLM MORRIS. (*London*, 1879.)

Cet excellent petit livre est la première œuvre d'un élève distingué de Jonathan Hutchinson; il se recommande surtout par la clarté, la méthode, et la précision; les figures intercalées dans le texte, sont (chose rare) d'une grande netteté, et rendues à dessein aussi simples que cela doit être dans un ouvrage élémentaire.

La perfection de l'exécution typographique, l'élégance du volume, bien appropriés à son but, sont des conditions de succès accessoires, mais que tous nos éditeurs français ne prisent pas assez; nous leur signalons ce manuel comme un modèle à imiter absolument.

Nous ne voulons pas amoindrir ces éloges très mérités en émettant le regret que M. Malcolm Morris ait emprunté surtout à l'école de Vienne, et qu'il n'ait rien demandé à l'école de Paris, car nous savons que sa prédilection pour l'école allemande ne l'empêche pas de rendre personnellement justice aux auteurs français; et nous sommes assuré qu'il leur restituera publiquement cette justice dans les éditions ultérieures.

Que notre distingué confrère nous permette de lui rappeler son projet de réunir et de publier les œuvres dermatologiques éparses de son illustre maître Jonathan Hutchinson; en mettant ce projet à exécution il rendra un véritable service à la science que nous cultivons en commun.

ERNEST BESNIER.

---

TRATADO CLINICO ICONOGRAFICO DE DERMATOLOGIA QUIRURGICA. — PRIMERA SECCION DE LAS LECCIONES DE CLINICA QUIRURGICA EXPLICADAS por el Dr JUAN GINÉ Y PARTAGAS. — CUADERNOS I et II. (*Barcelona*, 1880.)

Le progrès des études dermatologiques est général; non seulement chaque pays fournit aujourd'hui à la pathologie cutanée son contingent d'observations et de travaux originaux, mais encore des chaires publiques ou privées de dermatologie surgissent de toutes parts, et à côté des tra-

ductions étrangères viennent se placer des œuvres élémentaires et pratiques destinées à combler les lacunes de la littérature nationale.

C'est une œuvre de ce genre que donne à l'université de Barcelone le Dr J. Giné, en publiant ses leçons cliniques.

Le premier fascicule (pages 1 à 248) est consacré à la dermatologie générale; le deuxième (pages 249 à 504) traite de la dermatologie spéciale. Dans tous les deux l'auteur fait preuve d'un grand sens pratique et d'une érudition de bon aloi. Nous ne voudrions pas affirmer que les auteurs français, surtout dans les récents travaux, soient souvent cités par le professeur; mais c'est là un plainte qui s'applique si généralement à tous les dermatologistes étrangers, absorbés dans la contemplation de la grande école de Vienne, qu'il est superflu de la renouveler.

Dans le 1er fascicule nous signalons surtout au lecteur, parmi les plus dignes de remarque, la *Leccion* XII. — *De la medicacion hydrologica en general.*

Chaque fascicule est terminé par des figures, des planches chromolithographiques et des photographies coloriées qui seront assurément d'une véritable utilité pour les débutants auxquels elles sont destinées. Au point de vue de la réalité et de l'art, plusieurs d'entre elles laissent à désirer, et nous avouerons sans détour à l'auteur que les photographies coloriées qu'il a produites ne sont pas dignes de son œuvre. Nous sommes assuré que notre savant confrère ne verra pas là un reproche, mais au contraire la plus vive expression de notre sympathie pour son ouvrage.

ERNEST BESNIER.

---

Syphilis et mariage. — Leçons professées à l'hôpital Saint-Louis, par M. Alfred Fournier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc. etc. — Paris, G. Masson, éditeur.

Si quelque esprit chagrin pouvait douter de l'avenir réservé au titulaire de la chaire des maladies cutanées et syphilitiques, qui vient d'être créée à la Faculté, il lui suffira de lire le nouvel ouvrage, intitulé *Syphilis et Mariage*, que vient de publier M. Alfred Fournier, pour être persuadé que, contrairement à ce que disait un illustre personnage en parlant de l'horizon politique, il n'y a pas de points noirs.

Pour écrire un pareil ouvrage, il fallait non seulement une connaissance approfondie du sujet, mais il fallait encore une sûreté de main et une délicatesse de sentiments permettant d'aborder toutes les questions les plus délicates de la vie de famille, sans crainte de tomber dans des histoires presque légères ou de rester dans des généralités et

dans des discussions scientifiques, ne faisant nullement connaître les difficultés de la pratique.

M. le professeur Fournier n'a peut-être pas, comme il le dit lui-même, résolu « tous les problèmes difficiles, délicats, périlleux auxquels se rattachent les intérêts les plus chers des familles, et où se trouve impliquée la plus rude responsabilité pour le médecin ». Mais il les a posés et discutés de telle façon que le médecin qui aura étudié ce volume, pourra se diriger au milieu de tous les écueils.

M. Fournier a divisé son ouvrage en deux grands chapitres : *avant le mariage et après le mariage.*

La première partie comprend une sous-division intitulée : *Conditions d'admissibilité au mariage.*

Cette première partie, *Avant le mariage*, débute par un exposé très précis de toute la grave responsabilité qui incombe au médecin, et M. Fournier fait bien ressortir combien il faut se mettre en garde contre cette tendance que l'on pourrait avoir à guider sa conduite en se laissant influencer par des considérations d'un ordre peut-être intéressant, mais qui pourraient peut-être engager sa responsabilité et sa dignité.

Entrant dans le cœur du sujet, M. Fournier pose en principe qu'un homme syphilitique, qui contracte mariage, est une cause de dangers qui peuvent être de trois ordres : dangers pour sa femme, dangers pour ses enfants et enfin dangers pour lui-même.

Pour la femme, le plus grand danger est d'être contaminée directement par son mari; ce triste résultat est malheureusement si fréquent que de nouveaux exemples sont presque inutiles, mais, en publiant quelques observations personnelles, le savant professeur a bien mis en évidence combien ces déplorables malheurs avaient pour point de départ des lésions insignifiantes, syphilides érosives, sur lesquelles les hommes se font si facilement de telles illusions qu'ils sont toujours disposés à les considérer comme ne pouvant pas être dangereuses.

Cette contamination directe de la femme par le mari est hors de doute, mais peut-on toujours la prouver? Ou plutôt, peut-on toujours trouver sur le mari l'accident qui a été le point de départ, et, sur la femme, l'accident primitif, c'est-à-dire le chancre, première manifestation de la syphilis? Hélas! non. Le mari nie, non pas la syphilis, mais il nie avoir eu aucun accident depuis son mariage, et cependant on constate que la femme, qui présente le plus souvent un commencement de grossesse, porte les signes les plus évidents de la syphilis. Comment expliquer un semblable empoisonnement? Par la conception, vous répond M. Fournier. Un homme syphilitique se marie sans acci-

dents, il ne contamine pas directement sa femme, mais il la féconde, l'enfant va venir au monde atteint de syphilis du fait de son père ; or, cet enfant syphilitique, réagissant sur l'organisme de sa mère, l'empoisonne, et on voit se développer des accidents secondaires, sans qu'il soit possible de retrouver dans l'histoire du père aucune trace d'accident contagieux et dans celle de la mère aucune trace de chancre.

Ce mode d'infection est loin d'être accepté par tous les syphiligraphes, et M. A. Fournier, en lui donnant l'appui de sa grande autorité, contribuera certainement à le faire admettre; aussi peut-on regretter que notre savant collègue n'ait pas appuyé son opinion des observations recueillies par lui-même, car, il faut bien le dire, les observations publiées sur ce sujet sont incomplètes comme examen et surveillance des malades.

Une des grandes raisons qui permet de mettre en doute cette intoxication par conception, c'est que l'influence de la syphilis du père est loin d'être démontrée pour le développement de la syphilis de l'enfant.

De nombreux travaux, d'une valeur incontestable, ont même, depuis quelques années, permis de nier complètement le point de départ paternel pour la syphilis d'un enfant.

M. Fournier, tout en admettant que l'influence d'une syphilis paternelle, ayant épargné la mère, ne se manifeste que bien rarement, croit cependant qu'elle ne peut pas être niée ; aussi commence-t-il le chapitre, dans lequel il étudie les dangers pour l'enfant, par une discussion approfondie de cette intéressante question.

Je ne chercherai pas à donner un résumé de cet important chapitre qu'il faut lire en entier.

J'avoue que les faits que j'ai pu observer m'ont plutôt disposé à repousser entièrement cette influence du père sur le développement de la syphilis infantile, et surtout je ne puis pas admettre qu'un spermatozoïde puisse apporter le germe d'un virus absorbé accidentellement, pas plus qu'il ne déposerait le germe d'une autre maladie. Mais en revanche, combien il est rationnel d'admettre que l'influence du père est considérable sur la vitalité de l'enfant et qu'elle peut même lui être néfaste. Et pour s'en rendre compte, il suffira de lire les pages remarquables que M. Fournier a écrites sur l'influence qu'un père syphilitique peut avoir sur les avortements successifs, sur l'aspect sénile des nouveau-nés, sur la prédisposition aux morts subites des enfants nouveau-nés et enfin sur le développement des formes morbides dissemblables. Il est indispensable de lire ce chapitre qui est d'un grand clinicien, et qui indique le véritable danger qu'un homme syphilitique. qui ne contamine pas directement sa femme, fait courir à ses enfants.

Quant aux dangers personnels, on pourrait presque les intituler dangers sociaux, car ils ont pour résultat d'amener la misère ou d'entraîner la mort, qui laisse, à la charge de la société, de malheureux enfants sans aide et sans protection.

Le chapitre qui *traite de l'admissibilité au mariage* est, malgré toute sa sévérité, d'une grande consolation, car contrairement à ce qui a été écrit par des médecins un peu exagérés, M. Fournier n'hésite pas à affirmer que la syphilis n'est pas une raison pour renoncer au mariage; mais, pour pouvoir y songer, il faut réunir deux conditions indispensables : 1° avoir une syphilis datant d'au moins 3 ans; 2° avoir suivi un traitement complet. Or, pour tout médecin qui connaît les opinions de notre savant confrère, la recommandation d'avoir suivi un traitement complet, comprend plusieurs années consacrées à une médication énergique.

On ne saurait trop remercier M. Fournier de revenir souvent sur la nécessité de ces longs et successifs traitements, que malades et, trop souvent, médecins sont souvent disposés à écouter.

La seconde partie est intitulée, comme je l'ai dit : *Après le mariage*.

Dans la majorité des cas, le mari a acquis la syphilis antérieurement à son mariage, mais il rendrait la syphilis postérieurement et en dehors du mariage, que les circonstances seraient identiquement les mêmes au point de vue de sa famille, et je dirai de la conduite que doit tenir le médecin; aussi est-il inutile de faire cette distinction, les résultats sont les mêmes et peuvent être classés en quatre ordres de situations possibles :

1° Mari syphilitique et femme saine;

2° Mari syphilitique, femme saine, mais enceinte;

3° Mari syphilitique et femme récemment contaminée;

4° Mari syphilitique, femme syphilitique, et enceinte.

Je ne puis suivre M. Fournier dans l'exposé qu'il fait de ces quatre questions, il faut le lire en entier; on y trouvera la meilleure ligne de conduite que le médecin doit tenir dans toutes les situations embarrassantes. J'ai lu, avec un véritable plaisir, toutes ces pages écrites d'une façon si saisissante et dont je partage complètement l'opinion; mais il y a un petit point qui me paraît en contradiction avec les idées soutenues dans la première partie de l'ouvrage. Il s'agit de la seconde supposition : mari syphilitique, femme saine, mais enceinte. M. Fournier, s'appuyant sur l'opinion de son vénéré maître, M. Ricord, conclut en disant qu'il vaut mieux ne pas faire suivre de traitement à la mère. Les raisons sur lesquelles il s'appuie sont très justes et il est certainement dans le vrai; mais M. Fournier a fait cependant une réserve pour le cas

particulier où une femme saine, bien portante, mariée à un homme qui a eu la syphilis a fait coup sur coup plusieurs fausses couches, et cela sans cause, sans raison. La seule explication plausible à ces avortements successifs est la syphilis du mari. Que faut-il faire? M. Fournier conseille la médication spécifique « comme le seul moyen capable de parer au danger qui menace l'enfant et de conduire la grossesse à terme ». Or, dans la partie qu'il consacre à l'étude de l'influence de la syphilis du père sur l'enfant, il rapporte plusieurs observations analogues à celles que je viens de citer, et dans lesquelles le traitement, suivi par le père, a amené d'excellents résultats.

En me permettant de signaler cette petite contradiction, je ne doute pas que, dans la seconde édition, M. Fournier ne lève l'embarras dans lequel on pourrait se trouver.

Dans un dernier paragraphe intitulé : Dangers dérivant pour la société de la syphilis, on retrouve des idées que le savant professeur a déjà exposées dans son excellente monographie sur les nourrices. Se basant sur la loi de Colles, immunité de la mère allaitant son enfant syphilitique, M. Fournier n'hésite pas à conclure que l'allaitement maternel est le seul mode rationnel et pratique de l'élevage d'un enfant atteint de syphilis.

M. Fournier fait suivre ses leçons de notes justificatives d'un grand intérêt, mais qu'il y aura certainement avantage à compléter pour certains points délicats.

Je n'ai pu que donner une idée bien incomplète de l'ouvrage de M. A. Fournier, qui, par sa précision, sa netteté, par la manière saisissante dont sont groupés et présentés les faits, défie toute analyse.

*Syphilis et Mariage* doit être lu par tous les médecins, qui y trouveront d'abord de la science, mais qui y trouveront, pendant les heures qu'ils y consacreront, un charmant plaisir littéraire. HORTELOUP.

---

De la syphilis : unité d'origine, incurabilité; traitement, par M. Denis-Dumont, leçons recueillies par M. Lesigne, in-8° de 197 pages. Paris, 1880, chez Adrien Delahaye.

Ce livre, entre tous, attire le lecteur tant par son format réduit que par le piquant de ses sous-titres ; et vraiment il semble que, en face d'une œuvre originale et de facile abord telle que celle-ci, le journalisme aurait dû se départir des habitudes de discrétion qu'il affecte de plus en plus, et soumettre à une libre critique l'auteur qui lui fait un loyal

appel? Non, on s'est cru quitte envers M. Denis-Dumont avec quelques formules élogieuses et un petit nombre de citations. A-t-on par là satisfait à ses vœux? Notre estimable collègue ne préférerait-il pas un peu moins de compliments, un peu plus de discussion ? C'est ce que, sans le connaître personnellement, nous l'estimons assez pour oser présumer.

Et d'abord, j'aime assez peu, je l'avoue, la forme de « Leçons recueillies par un interne. » Quelque *distingué* qu'il soit, par son chef de service, c'est toujours là une œuvre de seconde main que le lecteur feuillette, une œuvre au besoin *désavouable* que le critique a devant lui. Dites ce que vous voudrez de la génération qui passe : elle avait ses défauts sans doute, ses défauts et surtout ses lacunes, mais au moins nous fesions nous-mêmes, autant et aussi bien que possible, nos enfants, je veux dire nos livres.

Ce point réglé, nous nous trouvons en pleine communion avec l'auteur sur son point de départ, sur la question doctrinale étiologique. Dualiste correct, il sait toutes les preuves du principe fondamental qu'il professe explicitement mais il sait aussi les objections qui, à cet égard, arrêtent encore quelques observateurs superficiels ou systématiques et il y répond avec une clarté persuasive dont nous nous plaisons à le féliciter, ainsi que son judicieux interprète, pour leur faire oublier à tous deux notre petite malice de tout à l'heure.

Mais voici le deuxième *dogme*, celui de l'*incurabilité* de la syphilis, M. Denis Dumont l'expose ainsi : « Une manifestation diathésique est toujours possible chez un individu syphilisé (qui a eu la syphilis) quelque soit le temps écoulé depuis la disparition du chancre infectant, quels que soient les accidents déjà éprouvés, quelle que soit la médication déjà suivie. »

Dans ces termes, l'honorable professeur de Caen ne doit s'attendre à trouver aucun fer qui veuille se croiser avec le sien. Il rencontrerait peut-être quelque dissidence sur l'opportunité d'imprimer une pareille déclaration. Probablement aussi certains hydrargyrophiles se scandaliseront-ils du dernier membre de phrase, qui met en suspicion le pouvoir du spécifique qui, selon eux, peut à la fois tout prévenir et tout guérir, — deux verbes un peu étonnés, ce me semble, de se voir accouplés.

Nous n'avons, quant à nous, et nous n'exprimerons aucun de ces scrupules, nous qui avions écrit en 1854 : « Malgré le traitement le plus long, le plus exactement suivi, le mieux approprié à la nature des symptômes, on n'est jamais parfaitement sûr qu'ils ne reviendront pas (1), » seulement ainsi que je le disais dès lors, est-il logique de

(1) *De la syphilis des nouveau nés*, p. 333

prendre en aussi sérieuse considération quelques exemples de récidive à longue, très longue distance, à 55 ans de date, comme l'auteur en publie un très remarquable et surtout très authentique? Ces cas si propres à faire impression, doivent-ils faire règle? Lorsque, grâce à l'adoucissement progressif du virus et au perfectionnement des méthodes thérapeutiques, on voit aujourd'hui tant de gens, après 12 ou 15 mois d'épreuves, en avoir fini avec le fléau et terminer paisiblement leurs jours au sein d'une saine famille, j'avoue que j'aurais, moi, plus de tendance, en considérant non la possibilité mais la réalité des choses, à proclamer la curabilité que l'incurabilité de la syphilis.

Je ne conteste point pour cela, telle qu'il la professe, la doctrine de M. Denis-Dumont, et j'estime qu'il l'a fondée sur des arguments bien choisis et inattaquables. Mais c'est une singularité et un bonheur — pour lui comme pour moi, je l'espère — que, dans ce litige, l'une et l'autre opinion quelque opposées qu'elles paraissent, puissent être admises, et que j'aie quelques chances de voir adopter par mon estimable confrère la formule de transaction que j'incline à lui proposer en ces termes: « Qu'il m'accorde les guérisons réelles, et je lui accorde l'*incurabilité virtuelle.* »

Serrons la question, d'ailleurs, je sens que je suis avec un esprit droit et loyal autant qu'avec un praticien expérimenté, et j'en abuse pour prolonger l'entretien. Plus je réfléchis aux faits de récidive soi-disant *imprévue* qui ont passé sous mes yeux, plus il me semble qu'ils peuvent, pour la plupart, s'expliquer, qu'ils pouvaient même se pressentir d'après l'omission des règles de l'hygiène. Il est, en effet, une hygiène pour *l'ex* — vérolé, s'il veut continuer à mériter ce beau titre. Que sa vie modérément laborieuse, se passe à l'air libre plutôt que dans un air confiné. Qu'il se garde des émotions, des soucis absorbants, qui engendrent le nervosisme et l'anémie. Qu'il ait toujours chaud, dorme son soûl, et surtout mange à sa faim, mais seulement à sa faim. Pour lui point de carême, et encore moins de carnaval. A ce prix il a toute chance, — je pèse mes expressions, — sinon d'être guéri, au sens des juristes de la vérole — du moins de vivre ainsi jusqu'au bout en remplissant sans danger pour personne tous ses devoirs d'époux et de père de famille.

A un point de vue plus élevé, même en s'en tenant aux données *à priori* de la physiologie pathologique, on se sent autorisé à affirmer, en face de l'incurabilité possible, la curabilité habituelle de la syphilis. En effet toute maladie résultant de l'introduction accidentelle dans l'organisme d'un principe délétère (venin, contagium ou virus) tend à guérir grâce à l'élimination de ce principe par les forces médicatrices de la nature. Et ce n'est que quand il a exercé son effet pernicieux avec trop

de promptitude ou trop d'intensité pour laisser à ces forces la possibilité d'agir, que la guérison n'a pas lieu. Je donne à cette argumentation un caractère dont l'originalité n'exclut point, selon moi, la justesse en disant à mes clients effrayés sur leur avenir : « La petite vérole guérit, donc la grosse guérit aussi, si on lui en donne le temps. »

Il est une dernière considération que je tiens à soumettre au jugement de mon estimé confrère. Je publiai, en 1860, une remarque à laquelle les préjugés alors en vigueur donnèrent presque l'importance d'une découverte. *Abandonnées à elles-mêmes et sans traitement spécifique, toutes les véroles, dis-je, ne passent pas nécessairement à l'état tertiaire.* — De ce fait absolument hors de doute, je tire la conséquence que, lorsque dix ou quinze ans après le début de sa syphilis, un homme se voit de nouveau affecté de lésions spécifiques, il y a lieu de distinguer. Ces lésions appartiennent-elles à la période secondaire? Oui?... Elles méritent alors de compter à titre de récidive tardive. Au contraire, occupent-elles les os, le testicule, le système nerveux et sont-elles extemporairement justiciables de l'iodure?... Alors ce n'est qu'une vérole qui exceptionnellement a passé à l'état tertiaire et comme telle doit durer et dure indéfiniment.

Lorsqu'on rencontre, en voyage, un interlocuteur d'humeur avenante, généralement on évite, pour maintenir ce charmant et fragile accord, de parler politique. De même m'abstiendrai-je de toucher ici à la thérapeutique. Ce serait peine perdue, d'ailleurs. M. Denis-Dumont a, en pratique, un bonheur tellement enviable qu'il aurait grandement raison de passer outre à mes décourageantes réserves. « Le malade, écrit-il, qui dès la constatation du chancre induré, est soumis au traitement rationnel (mercuriel), ou évite toute lésion secondaire apparente, ou, si la peau et les muqueuses sont atteintes, elles ne le sont que légèrement et pour une courte durée. Je n'ai rencontré que de très rares exceptions. » Moins bien partagé sous ce rapport, je pourrais en ce moment montrer à M. Denis-Dumont, s'il m'accordait l'honneur d'une visite, un cas fait, ce me semble, pour lui donner à réfléchir. Traité dès le cinquième jour de son chancre au moyen du mercure par l'un des professeurs de notre Faculté, un jeune homme d'ailleurs scrupuleux observateur des règles de l'hygiène, en fut quitte, il est vrai, pendant les premiers mois pour quelques plaques muqueuses scrotales et buccales et quelques croûtes du cuir chevelu. Mais il n'a rien perdu pour attendre. Au quatrième mois, et pendant qu'il continuait son traitement mercuriel, il a, sans y avoir donné lieu par aucun excès, vu survenir une éruption papuleuse que j'ai constatée et que je certifie, non pas seulement générale mais universelle, à très larges plaques d'un

brun fauve. Eclairé un peu tard sur la valeur des promesses spécieuses par lesquelles on avait obtenu sa docilité : « Quel drôle de spécifique ! » répétait-il en feuilletant devant moi le dossier touffu des ordonnances de l'honoré confrère...

Je ne dis pas que les choses se passent toujours ainsi ; je suis même prêt à reconnaître que la vérité, sous ce rapport, est à distance égale entre Caen et Lyon. Mais n'importe ; après un tel exemple, et n'eussè-je que celui-là, je me sentirais, je l'avoue, moins disposé à répéter les formules de mon confrère que l'exclamation de mon client.

Quelque abîme qui les sépare, il y a toujours, entre gens de bonne foi, un point de contact. En m'avançant pour le saisir, je donne à M. Denis-Dumont une preuve de bon vouloir qui sera appréciée, je l'espère, car ce n'est pas la main qu'il me tend. En acceptant à cœur ouvert ses *chaussettes napolitaines* (1) je témoigne, ce me semble, d'un assez vif désir de conciliation, surtout si l'on réfléchit que porter, été comme hiver, cette même paire de chaussettes vingt jours de suite est une condition essentielle (pages 172 et 173). Mais, trêve de plaisanterie. Les chaussettes napolitaines constituent un excellent moyen de traitement. Je les ai essayées, et suis heureux de pouvoir les recommander d'après mon expérience, et non seulement, le traitement général y trouve une de ses meilleurs ressources, mais elles opèrent aussi comme agent efficace de la médication locale. Je leur ai dû la résolution en quinze jours de tubercules syphilitiques de la plante du pied dont l'emplâtre de Vigo, les frictions simples avec l'onguent napolitain, aidées de l'administration de pilules de proto-iodure hydrargyrique n'avaient pu venir à bout.

Je désire que mon estimable collègue voie dans cet hommage sincèrement rendu au mérite de son ingénieuse invention thérapeutique un correctif suffisant aux formes un peu trop tranchées peut-être d'une dissidence doctrinale que je ne pouvais dissimuler. Ai-je besoin d'ajouter que cette opposition est par elle-même un garant indéniable de l'importance que j'attache aux questions qu'il a si judicieusement soulevées ainsi que de mon sentiment on ne peut plus favorable, sur l'ouvrage où il en a exposé l'intéressante et éminemment pratique discussion.

P DIDAY.

(1) Chaussettes de laine que M. D. D. fait mettre la nuit, après avoir frotté d'onguent mercuriel les pieds et le bas de jambes.

Jean Fernel, d'Amiens. Le meilleur traitement du mal vénérien, traduction, préface et notes par M. Le Pileur, 1 vol. in-8°, Paris, 1879, chez G. Masson, éditeur.

« Si les ambassadeurs des princes étrangers, dit la Bruyère, — et je dis, moi, si les médecins d'un autre âge — étaient des singes instruits à marcher sur leurs pieds de derrière, nous ne pourrions pas marquer un plus grand étonnement que celui que nous donnent la justesse de leurs remarques et le bon sens qui paraît quelquefois dans leurs discours. »

Ces paroles de notre piquant moraliste traduisent bien l'un des sentiments que me font éprouver les restitutions, si fort à la mode depuis quelques années, des principaux *pères de la vérole*. Que, entre vingt non-sens et huit ou dix hérésies palpables, on ait rencontré dans ces vieux auteurs une pensée juste, une observation plus ou moins conforme à ce qui se voit aujourd'hui, aussitôt on s'exclame, on s'extasie, l'on est bien près de crier à la vaticination sinon au miracle. Comme si un médecin, même d'une portée d'esprit moyenne — et heureusement pour sa mémoire, ce n'est pas le cas de Fernel— qui a observé pendant plus de trente ans, dans toutes les classes de la société, une maladie dont la nouveauté et le gravité attiraient alors l'attention générale devait nécessairement, parce qu'il en écrivait en 1500, au lieu de fleurir en 1800, n'avoir commis que des erreurs de diagnostic, que des fautes de raisonnement.

J'en demande bien pardon aux laborieux et méritants glossateurs qui vouent leurs rares loisirs à nous rendre l'antique superbement drapé dans un luxueux costume elzévirien, mais le sentiment que j'exprime me paraît non moins admissible que le respectable mobile qui les pousse à entreprendre de pareils travaux. La défense des vieux syphiligraphes, telle que je la plaide contre leurs modernes réhabilitateurs, qu'est-elle, après tout, sinon une page banale de l'éternelle histoire de l'esprit humain? De tout temps, n'a-t-il pas semé, cultivé, moissonné de la même manière, avec le même résultat. De tout temps, n'a-t-on pas vu figurer dans cette récolte, plus ou moins étouffé sous les encombrants parasites, le pur épi que nous transmet de siècle en siècle la semence de la vérité ?

Je suis fâché, néanmoins, que ces réflexions, dès longtemps déjà nées dans mon humeur chagrine, aient pour s'épancher, la présente occasion. De tous les restituteurs que j'ai lus, M. Le Pileur est assurément celui auquel elles méritent le moins d'être appliquées. Aussi impartial

qu'avisé, il est loin de s'illusionner sur les mérites de son idole de circonstance.

Après un *avant-propos* que je puis appeler un modèle magistral de style sobre, concis, reposé, vient une intéressante biographie de Fernel. Puis suit l'œuvre entière du médecin d'Henri II, avec la traduction en regard du texte latin, traduction dont le caractère m'a paru être une parfaite clarté obtenue au prix d'efforts si soigneusement dissimulés, qu'on est là comme sous le charme d'un conteur aimable qui livre sans plus de prétention que de réserve le fruit de ses remarques et de ses réflexions. Signalons aussi un mérite de fidélité auquel mes *circonvolutions*, jadis solidement imprégnées de Lhomond, me permettent encore le plaisir de rendre justice avec quelque connaissance de cause.

Viennent enfin — à part comme c'était leur place — les *notes*, où M. Le Pileur (comme c'est son droit), s'attache, tout en le discutant à l'occasion, à signaler dans le texte de Fernel, un certain nombre de propositions qui, depuis lui, sont devenues articles de foi. Ce travail, j'aime à le répéter, est fait avec un discernement sûr, une science correcte, et surtout avec une absence complète de parti pris, qualités grâce auxquelles j'ai trouvé dans ces trop courtes pages la plus douce jouissance que me fasse éprouver une lecture, un redoublement de sincère estime pour celui qui les a écrites.

S'il veut bien me laisser espérer, en retour, quelque peu de cette sympathie, je demanderai M. Le Pileur l'autorisation de la mettre immédiatemen à l'épreuve.

Fernel a bien rempli trente pages pour prouver qne le mercure est plutôt froid et humide que chaud et sec. Mais « à travers ce fatras de la scolastique, —c'estM. LePileur qui parle, — on voit percer à chaque instant la flamme d'un génie supérieur qui pose, avec l'autorité d'un maître, des lois qui, de nos jours, sont encore professées».

Or, dans le susdit fatras, M. Le Pileur a trié les passages qu'il regarde comme prophétisant ces vérités aujourd'hui reconnues. Il a fait ce choix le plus souvent avec un tact parfait, et toujours en pleine indépendance.

Eh bien ! libre aussi à moi, n'est-ce pas, de reprendre mon bien où je le trouve. Et quand je lis dans le texte, p. 327, que « l'hydrargyre ne remédie qu'aux symptômes du mal sans en atteindre la racine » et, p. 331, que « ce moyen si dangereux est inefficace et donne peu de sécurité à l'égard de la récidive, » je puis bien me demander si c'est le maître d'André Vésale ou le mien que j'entends? si c'est de Fernel ou de Ricord que je viens de citer les paroles? Car, à trois siècles de

distance, elles sont identiques, ou du moins elles expriment la même réserve, dont je ne réclame que l'honneur d'avoir plus fortement accentué le sens.

En honnête avocat qui entend ne sacrifier ni la vérité, ni son client, M. Le Pileur voudrait bien tout concilier : « *Fernel*, répond-il, *avait le mercure, mais il ne savait pas l'employer !* » (Note, p. 384.)

Ceci demande éclaircissement. A votre avis, cher confrère, le professeur actuel de syphiligraphie à la Faculté de Paris, le savant et éminent M. A. Fournier, *sait-il* employer le mercure ?. . .

— « Oui sans doute, il le sait », vous entends-je répondre. Et Dieu sait aussi, ajouterai-je, avec quelle énergie, avec quelle longue, quoique alternante durée !

Eh bien ! puisqu'il en est ainsi, que faut-il penser de cette phrase extraite d'un de ses plus récents ouvrages, précisément sur la manière d'administrer le mercure : « En dépit de ce long et actif traitement, il n'est pas impossible que le malade soit exposé, dans un avenir plus ou moins éloigné, à une manifestation ultérieure de la diathèse. » (M. Fournier, *De la syphilis chez la femme*, p. 1100.)

A l'aide cher confrère ! si vous ne pouvez, dans la circonstance, être mon allié, servez-moi du moins d'éclaireur ; car il me semble, à moi profane en hydrargyrologie, il me semble que ce texte-là *se gourme* quelque peu avec le vôtre de tout à l'heure. Mais ce n'est sans doute qu'une illusion, et vous allez bien vite nous montrer comment ils s'accordent. A peine même ai-je besoin de vous en remercier : pour vous ce ne sera qu'un jeu ; vous êtes commentateur, n'est-ce pas ? je ne vous demande rien là qui ne soit de votre métier. P. DIDAY.

---

De la tuberculose du pharynx et de l'angine tuberculeuse, par H. Barth (*Thèse de doctorat*, Paris, 1880.) Chez Assselin, éditeur.

Il semble qu'il n'y ait plus rien à chercher dans le domaine si exploré de la tuberculose et cependant chaque année voit apparaître des travaux nouveaux qui, mettant à profit les heureuses applications du microscope à la clinique, confirment des notions anatomiques restées contestées ou assignent à quelque accident considéré comme banal sa place bien définie dans le cadre nosologique de cette maladie. Parmi les nombreuses manifestations de la tuberculose, les lésions pharyngées étaient à peine soupçonnées il y a dix ans, ou étaient simplement signalées à titre de raretés pathologiques. Dans une thèse aussi remarquable par

la richesse et la précision des faits que par l'ordre et la clarté de l'exposition, M. Barth a entrepris une monographie complète de la tuberculose du pharynx et de l'angine tuberculeuse. Une étude clinique attentive des diverses formes de cette affection, et des examens histologiques répétés et minutieux lui ont permis d'achever ce que d'autres n'avaient fait qu'ébaucher ; la tuberculose du pharynx est désormais définitivement établie en tant que manifestation tuberculeuse vraie, et ses variétés cliniques sont nettement définies.

Dans un premier chapitre consacré à l'historique, l'auteur passe en revue les premiers mémoires qui ont paru sur la tuberculose du pharynx. Deux noms s'imposent surtout à l'attention : celui de Julliard, qui dans sa thèse de doctorat (1865) avait étudié concurremment les ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phtisie pulmonaire, et celui de Isambert, qui s'est attaché presque exclusivement à la description de l'une des formes de l'affection, la tuberculose miliaire aiguë de la gorge. Julliard, tout en faisant l'histoire clinique de la tuberculisation pharyngée, n'en avait pas prononcé le nom et n'en reconnaissait pas la véritable nature.

L'anatomie pathologique, peu faite jusqu'à présent, a une double importance : elle entre pour une grande part dans la symptomatologie de l'affection; elle était nécessaire, d'autre part, pour en fixer le caractère franchement tuberculeux. Barth distingue dans l'évolution de la tuberculisation pharyngée deux phases successives que l'on trouve ordinairement associées sur le même sujet : la première, caractérisée par la formation des tubercules dans l'épaisseur de la muqueuse et les tissus sous-jacents, c'est le *stade d'infiltration*, la seconde, par leur ramollissement et leur élimination, *stade d'ulcération.*

Dans le première période, et dans la forme miliaire aiguë, on constate surtout sur le voile du palais et sur ses piliers une formation de granulations isolées, blanches ou grisâtres, variant du volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un grain de chènevis. Dans les cas peu intenses, la muqueuse environnante n'est pas sensiblement altérée ; au contraire dans les cas très aigus, la lésion peut envahir d'emblée toute l'étendue du pharynx et s'accompagne d'une réaction inflammatoire plus ou moins vive : la muqueuse est rouge, légèrement tuméfiée et se recouvre d'une mince exsudation pultacée facile à détacher.

Les lésions sont au contraire localisées dans la forme chronique ; elles se caractérisent au début par une plaque bosselée, chagrinée, recouverte de petites éminences jaunâtres occupant un point limité du voile du palais, de ses piliers ou de l'amygdale. Il n'est pas rare d'observer simultanément plusieurs plaques qui affectent une disposition symétrique.

Lorsque la tuberculose gutturale chronique est consécutive à la phtisie laryngée, l'envahissement se fait de proche en proche et respecte en général le voile du palais et la luette.

Dans la deuxième période, ou *stade d'ulcération*, on constate, quand il s'agit des formes aiguës, une série d'ulcérations caractéristiques : elles sont régulières, arrondies, cupuliformes correspondant aux tubercules éliminés; leur fond est régulier, grisâtre, semble recouvert d'un exsudat mince et adhérent; leurs bords sont nettement taillés. Au bout d'un certain temps, ces ulcérations s'élargissent et, se fusionnant, forment des plaques irrégulières, à contour polycyclique, à fond plat un peu tomenteux, qui peuvent recouvrir une portion étendue du voile du palais ou des parois pharyngiennes. Ces lésions, accompagnées du développement de nouvelles granulations au voisinage des ulcérations, d'une tuméfaction de toute la gorge et souvent d'une sorte d'exsudat blanchâtre facile à enlever à l'aide d'un pinceau, offrent un aspect tout à fait caractéristique. Si la survie le permet, la muqueuse est bientôt détruite, réduite à des lambeaux isolés qui se momifient et se détachent. Le fond de la gorge ne présente plus alors qu'une surface tomenteuse, pultacée, couverte d'un pus épais mêlé à des matières alimentaires.

Dans la forme chronique, la période d'ulcération débute par une érosion superficielle qui, s'agrandissant, donne à la plaque tuberculeuse l'aspect d'une plaque muqueuse ulcérée. Puis la surface ulcérée se creuse, devient inégale et anfractueuse; ses bords sont alors irréguliers, bourgeonnants, quelquefois légèrement saillants et renversés en dehors; son fond est inégal, grisâtre, couvert de bourgeons charnus plus ou moins volumineux. Les caractères des ulcérations varient du reste selon leur siège et leur évolution. Comme localisations rares, Barth signale les ulcérations siégeant à la voûte pharyngienne, au niveau de l'amygdale pharyngienne des Allemands, et, d'après Wendt, celles qui occupent l'orifice de la trompe d'Eustache.

L'aspect général des ulcérations varie beaucoup selon que la tuberculisation pharyngée chronique est primitive ou consécutive à celle du larynx. Dans le premier cas, les ulcérations sont limitées, peu nombreuses, et profondes; au contraire, quand elles sont consécutives, elles sont multiples, assez étendues, mais peu profondes. La marche de ces lésions peut être considérablement modifiée par l'apparition d'une poussée d'angine tuberculeuse aiguë se faisant autour des ulcérations de l'angine chronique.

Ce chapitre d'anatomie pathologique microscopique se termine par l'énumération des lésions concomitantes du côté des différents organes. La tuberculose du pharynx ne fait pas exception à la loi de Louis, et les

poumons présentent constamment des lésions tuberculeuses aiguës ou chroniques correspondant aux formes semblables de la tuberculose pharyngée. Le larynx est souvent et presque toujours atteint primitivement dans l'angine tuberculeuse chronique, tandis qu'il ne présente que des altérations tardives et inconstantes dans la forme aiguë. Au reste, la tuberculose pharyngée se montre surtout dans les tuberculisations généralisées : le tube digestif présente des manifestations tuberculeuses presque constantes. Néanmoins, contrairement à ce qu'on pourrait supposer, la bouche et la langue sont le plus souvent indemnes.

Un fait intéressant, peu signalé avant la thèse de Barth, c'est l'existence presque constante, dans la tuberculose gutturale, d'altérations ganglionnaires qui en sont la conséquence directe. Les ganglions rétro-pharyngiens, sous-maxillaires et même sterno-mastoïdiens, sont le siège d'adénite tuberculeuse aiguë ou chronique, suivant les cas.

Les altérations histologiques de la phtisie gutturale n'avaient été décrites jusqu'à présent qu'avec peu de précision. Barth les a étudiées avec le plus grand soin, et elles sont, d'après lui, très nettes. Il passe successivement en revue les lésions de la muqueuse, des glandes en grappe, des follicules clos, des muscles du pharynx, puis l'état des vaisseaux sanguins, lymphatiques, et des ganglions.

Les lésions de la muqueuse, à la période de début, consistent en une infiltration de granulations tuberculeuses embryonnaires, isolées ou se touchant par leurs bords. A un degré plus avancé, les granulations augmentent de volume, présentent à leur centre une zone granuleuse, mal colorée par le carmin, dans laquelle les éléments fondus ensemble tendent à la caséification. Sur les limites de cette zone on distingue une ou plusieurs cellules géantes et tout autour une prolifération embryonnaire ayant envahi toute l'épaisseur de la muqueuse, ordinairement très hypertrophiée. Bientôt l'épithélium resté d'abord sain s'opacifie, devient granuleux et se détache, laissant à nu les granulations caséifiées ; celles-ci, en dégénérescence granulo-graisseuse, sont éliminées peu à peu, pendant qu'un travail inflammatoire et suppuratif s'établit dans la zone embryonnaire limitante. A quelque distance des bords de l'ulcération, les granulations tuberculeuses se retrouvent avec tous leurs caractères, surtout dans les formes chroniques.

Les glandes en grappe de la muqueuse du pharynx sont promptement envahies. D'abord simplement hypertrophiées, elles deviennent bientôt le siège d'une inflammation subaiguë, occupant les cloisons et les acini dont les cellules endothéliales subissent la dégénération granuleuse. Dans les cas de tuberculisation aiguë généralisée, il se produit, à l'intérieur des culs-de-sac glandulaires, une active prolifération cellulaire

qui donne à l'ensemble du lobule l'aspect d'une granulation tuberculeuse dont il diffère seulement par la conservation, en quelques points, des travées conjonctives qui séparaient les acini. Les nodules glandulaires subissent en général la transformation fibreuse.

Les altérations des follicules clos, isolés et agglomérés, tiennent une grande place dans la tuberculisation du pharynx. Barth a pu étudier, le premier, dans un cas encore unique, une folliculite aiguë de nature spéciale qui aboutit au ramollissement de ces petits organes et à la formation d'ulcères folliculaires. Cette folliculite occupait à la fois le pharynx et les amygdales. Elle est en tous cas semblable à l'inflammation aiguë des follicules de l'intestin, dans la tuberculose de ce viscère. A côté de cette altération aiguë, il y a l'altération chronique plus commune, consistant essentiellement dans le développement de granulations tuberculeuses au sein du tissu adénoïde.

Une autre particularité non encore signalée est l'existence, du côté des muscles du pharynx, de lésions tuberculeuses comparables à celles qui ont été décrites par d'autres auteurs dans les muscles de la langue. Quand la tuberculisation du pharynx est aiguë et intense, on remarque des groupes de granulations disséminés entre les faisceaux musculaires, qui, ainsi étouffés, finissent par s'atrophier et disparaître en partie.

Les lésions des vaisseaux et ganglions lymphatiques n'ont rien qui les distingue des altérations tuberculeuses connues de ces organes. Pour les vaisseaux sanguins, Barth signale l'endartérite, pouvant aboutir à l'oblitération ; il est ainsi amené à discuter la nature encore très controversée des cellules géantes, qui pour quelques auteurs seraient uniquement constituées par un coagulum fibrineux englobant des leucocytes et des cellules endothéliales dans un vaisseau atteint d'endartérite. Il se range à l'opinion de Grancher et de Charcot, qui considèrent la cellule géante du tubercule comme constituée par la coalescence de plusieurs éléments cellulaires qui se fusionnent et subissent une modification particulière, la transformation vitreuse, prélude de la caséification.

Passant à l'étiologie de l'angine tuberculeuse, l'auteur constate que l'affection est surtout fréquente à l'âge moyen de la vie, qu'elle est plus rare chez la femme que chez l'homme, que jusqu'à présent les causes déterminantes de cette manifestation restent ignorées. Il rejette comme insoutenable la vieille théorie de l'auto-infection par les crachats.

La symptomatologie de la tuberculose pharyngée repose pour bonne partie sur la constatation des lésions visibles à l'œil nu qui sont exposées dans le chapitre de l'anatomie pathologique microscopique

Les symptômes fonctionnels sont très analogues dans les diverses formes cliniques et anatomiques ; on peut donc les comprendre dans un même tableau général.

La maladie peut débuter au milieu d'une santé en apparence parfaite, mais déjà précédée de quelques phénomènes généraux suspects, ou bien consécutivement à la phtisie laryngée. Une douleur de gorge plus ou moins vive, exaspérée par les mouvements de déglutition, jointe à l'éruption de petites granulations tuberculeuses sur le voile du palais ou ses piliers, marque à elle seule cette période de début.

La période d'état commence avec les ulcérations, qui se développent et s'étendent avec une grande rapidité, surtout dans les formes aiguës. Un engorgement notable des ganglions du cou se manifeste sous l'influence des ulcérations pharyngées. Cette adénite est généralement indolente ; mais dans les cas très aigus, les ganglions engorgés s'enflamment, se ramollissent, et suppurent.

Les troubles fonctionnels prennent dans cette période une grande intensité. La douleur de gorge augmente et devient excessive ; elle est lancinante, comparée par certains malades à une sensation de brûlure empêchant le sommeil. Cette douleur amène une gêne notable de la déglutition, rendue plus grande encore par la parésie du voile du palais, qui est à peu près constante quand cet organe est atteint par la tuberculisation. A cette dysphagie se joint une salivation exagérée qui achève d'épuiser le malade. Une certaine gêne de la parole est également le résultat des lésions de la gorge.

Comme phénomènes plus exceptionnels, il faut signaler les douleurs d'oreilles attribuées par Traübe à l'existence d'ulcérations au voisinage de la trompe d'Eustache, la surdité, qui chez un des malades de Barth a accompagné les douleurs d'oreilles et reconnaît probablement les mêmes causes, la parésie du nerf maxillaire inférieur signalée dans un cas de Vallin.

Dans la tuberculisation pharyngée aiguë, la marche est rapide et la période de terminaison survient bientôt, en raison de la dysphagie intense qui s'oppose à l'alimentation et au sommeil. Le malade succombe en général dans un état de cachexie hâté par l'aggravation des lésions pulmonaires et par la généralisation de la tuberculose à l'intestin. La durée de l'affection est plus lente dans les formes chroniques ; dans ces cas, l'intensité des phénomènes fonctionnels est moindre et le malade succombe en général aux progrès de la phtisie laryngée et pulmonaire. La mort est malheureusement fatale dans les deux variétés, et jusqu'à présent on ne connaît pas d'exemple de guérison de tuberculose du pharynx.

Passant à l'étude des formes cliniques, Barth en décrit trois dont l'entité lui paraît justifiée par les faits : la *folliculite tuberculeuse aiguë* la *tuberculose miliaire diffuse* et la *tuberculose ulcéreuse chronique*. Les deux dernières ont été étudiées déjà dans le tableau général de la maladie. Quant à la folliculite tuberculeuse aiguë, non décrite encore, elle se développerait dans le cours et sous l'influence de la granulie aiguë du poumon. Elle s'annonce par de vives douleurs et une inflammation intense de la gorge, puis par l'apparition sur sa muqueuse de petites nodules d'un blanc éclatant qui rapidement sont le siège de petites érosions. L'évolution de l'affection est du reste rapidement interrompue par la mort ; le malade succombe à la phtisie aiguë.

Le diagnostic de la tuberculisation pharyngée est largement étudié dans la thèse de Barth. Nous avons suffisamment mis en relief dans cette analyse les symptômes objectifs et fonctionnels sur lesquels il est basé, pour qu'il n'y ait pas à y revenir. Nous nous bornerons à reproduire les idées de l'auteur sur un point de diagnostic et en même temps de nosologie très à l'ordre du jour. A propos du diagnostic de la tuberculose pharyngée avec les angines scrofuleuses, il repousse absolument l'assimilation qu'on a cherché à établir entre ces deux manifestations. Cette doctrine, dit-il, est démentie par la clinique autant que par la pathologie générale ; et l'histologie seule ne suffit pas pour la détermination nosologique d'une lésion. En effet, plus les recherches microscopiques se multiplient, et plus on voit disparaître les éléments soi disant spécifiques. Le lupus de la gorge ne saurait en tout cas être confondu avec l'angine tuberculeuse.

La thèse de Barth se termine par un court chapitre de traitement qui ne peut être que palliatif. L'acide chromique, la teinture d'iode, la glycérine phéniquée et morphinée seront employés, suivant les cas, pour modérer l'inflammation et calmer la douleur. On n'aura recours aux caustiques qu'avec réserve, et seulement dans les formes chroniques.

P. MERKLEN.

---

Des lésions trophiques et des troubles sensitifs dans les gelures anciennes, par M. le Dr Germain. (Thèse de Paris, 1879.)

Sous le nom de gelure, M. Germain comprend la série d'états pathologiques qui va de l'érythème jusqu'à la mortification complète des tissus. En appelant *trophiques* les lésions chroniques que les gelures déterminent, l'auteur veut seulement exprimer ce qu'il a vu, la déchéance nutritive traduite par des lésions matérielles, sans prétendre ni préciser

sûrement la pathogénie, ni trancher une question anatomo-physiologique encore fort débattue. Il ne s'agit point ici d'une monographie de la gelure. Dans l'historique, l'auteur s'est surtout appuyé sur les relations de nos confrères de l'armée, notamment sur les faits recueillis pendant la guerre de Crimée et ceux de notre dernière et funeste campagne de 1870-1871.

Les chapitres consacrés au diagnostic, au pronostic et au traitement sont peu développés, le véritable intérêt de cette thèse, d'ailleurs très bien faite, se trouve dans l'étude des lésions trophiques.

Variées et multiples se présentent en effet ces lésions consécutives aux gelures. Elles sont toutes locales et ne s'observent que sur les organes autrefois gelés.

*Lésions de la peau.* — Cet organe qui se trouve le premier exposé à l'influence de l'agent morbide, le froid, peut être le siège de diverses modifications. Le premier phénomène qui se montre dans les gelures anciennes, notamment quand elles siègent aux extrémités inférieures, c'est le changement de coloration de la peau qui présente dans ces cas une pigmentation variant du brun roussâtre au brun foncé, dont le masque de la grossesse peut donner une idée assez exacte.

M. Germain a en outre rencontré, dans quelques cas, une diminution ou une augmentation de la sécrétion sudorale sans pouvoir expliquer ces effets contraires dus cependant à une cause unique. Les ongles sont le plus souvent aussi altérés dans leur texture et dans leur forme : ils sont épais, rugueux, noirs et friables ; contournés et recourbés sur eux-mêmes ; parfois on les voit tomber à des intervalles plus ou moins éloignés, chutes tardives qui se produisent sous l'influence des gelures anciennes sans autre cause intercurrente appréciable.

Dans quelques cas la peau est atrophiée, l'auteur a noté cette atrophie trois fois sur les douze observations qu'il a recueillies. C'est principalement sur l'épiderme que se porte cette altération, il en résulte une sensibilité exagérée que l'on a souvent signalée et qui tient à ce que les papilles nerveuses sont alors insuffisamment protégées. Mais la lésion la plus fréquente est l'hypertrophie épidermique. D'ailleurs, atrophié ou hypertrophié, le tégument externe finit par s'ulcérer soit à la suite d'un abcès sous-épidermique, soit consécutivement à un de ces eczémas si fréquents sur les anciennes gelures, soit enfin après ces callosités épidermiques (œil de perdrix, durillon) qui, en irritant la peau, occasionnent des ulcérations d'une ténacité désespérante.

Les lésions du tissu cellulaire ne présentent rien de caractéristique. Celles qui ont pour siège les articulations sont les plus graves, ces arthrites sont fréquemment suivies de déformations des pieds et de dé-

viations des orteils, l'auteur en rapporte cinq observations dans lesquelles il est facile de suivre l'évolution de la maladie.

On trouve en outre dans les gelures anciennes tous les troubles de la sensibilité ; anesthésie, analgésie, hyperesthésie. Ces modifications de la sensibilité s'observent même sur la peau en dehors des lésions anatomiques du système nerveux, qui coexistent le plus souvent avec elles.

Les lésions des nerfs consécutives aux anciennes gelures n'ont rien de spécial, ce sont celles de la névrite chronique, comme on peut les observer à la suite de traumatismes ou d'irritations.

Le mode d'action du froid sur le tissu nerveux ne diffère en rien de celui que détermine un traumatisme. A la suite d'une meurtrissure, d'une piqûre, d'une déchirure il se produit des lésions trophiques semblables à celles que l'on observe dans les anciennes gelures. M. Germain en cite plusieurs exemples : le cas le plus remarquable est celui de Leyden. Un mécanicien ayant eu le pied gauche écrasé fut traité par l'emploi prolongé de la glace. Quelques mois après, douleur dans le même pied, puis dans le pied droit et enfin dans les membres supérieurs. Strabisme pendant quatre mois, ataxie locomotrice bien confirmée.

C'est là un exemple remarquable de lésion nerveuse centrale par propagation périphérique. L'auteur rapproche avec raison ce fait de ceux rapportés par Weir Mitchell et de ceux qui sont consignés dans les thèses de MM. Mougeot et Couyba. Il termine par les conclusions suivantes :

Certaines lésions trophiques et fonctionnelles peuvent survenir à la suite d'anciennes gelures.

Il n'existe que des altérations nerveuses, comme raison d'être de ces lésions.

Toute altération des nerfs produit, en effet, des lésions identiques à celles des gelures anciennes.

Telle est la substance de ce travail intéressant. Nous avons essayé de donner un résumé aussi exact que possible des idées émises par l'auteur. C'est une étude consciencieuse d'un sujet encore peu exploré et qui rentre dans le cadre si vaste des lésions cutanées dues à des altérations du système nerveux.

Notre but sera atteint si nous avons pu donner aux lecteurs des *Annales* le désir de lire sur le texte original ce mémoire dont l'auteur a cherché à élucider un des points les plus intéressants de la pathologie de la peau.

A. DOYON.

RECHERCHES CLINIQUES SUR L'EMPLOI DE L'ACIDE PYROGALLIQUE DANS LE TRAITEMENT DE QUELQUES AFFECTIONS DE LA PEAU, par M. le Dr BRUYÈRE. (Thèse de Lyon, 1879.)

L'acide pyrogallique est le dernier venu en thérapeutique cutanée. Depuis deux ans au plus il a pris droit de cité dans ce domaine, et de nombreux travaux ont déjà été publiés pour témoigner de l'efficacité du nouvel agent contre certaines dermopathies. Il en fut question peu de temps après l'introduction de la chrysarobine par Balmanno Squire. Mais ces deux remèdes — poudre de Goa et acide pyrogallique — sont encore dans la période d'essai et avant de se prononcer sur leur valeur définitive, il importe d'en bien préciser les indications. C'est ce que l'auteur de ce travail a fait pour le dernier de ces médicaments et il l'a fait, hâtons-nous de le dire, de la façon la plus consciencieuse, sous la haute et sûre direction de M. le Dr P. Aubert, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille.

A propos des propriétés chimiques du pyrogallol, il était intéressant de rechercher pourquoi il détermine une coloration noire très variable suivant les régions. Ainsi, il est certain que si on applique la pommade pyrogallique à la plante des pieds et à la paume des mains, elle provoque toujours une teinte plus foncée que sur d'autres parties. A quoi tient cette différence ? Il y a là un point intéressant à élucider. Doit-on l'expliquer, comme tend à l'admettre M. Bruyère, par l'action des sécrétions sudorale et sébacée ? L'auteur a remarqué que dans les dermatoses où les sécrétions cutanées sont momentanément altérées ou suspendues, l'acide pyrogallique n'occasionne jamais de coloration foncée.

C'est là un fait digne d'attention qui exigerait de nouvelles recherches pour être bien établi, mais dont l'exactitude nous semble contestable. Nous nous réservons de revenir sur ce point, dans un travail que nous comptons faire prochainement sur l'action et le mode d'emploi de quelques médicaments dans la thérapeutique des maladies de la peau.

Quelles sont les maladies dans le traitement desquelles on doit donner la préférence à l'acide pyrogallique ?

Les premiers essais de l'acide pyrogallique ont été faits sur le psoriasis. Les travaux de MM. Jarisch, Kaposi, Neumann, Ernest Besnier, E. Vidal, nous ont fait connaître les résultats qu'on pouvait attendre de son emploi dans le traitement externe de cette tenace affection, véritable et redoutable pierre de touche. Il en a déjà été question dans ce journal à propos de la thèse de M. Arragon.

Or le nouvel agent thérapeutique ne nous paraît pas supérieur à la chrysaobine, son action même est moins rapide ; il est vrai, compensation précieuse, qu'on n'a pas à craindre avec lui ces inflammations érythémateuses qui sont assez souvent consécutives à l'emploi du principe actif de la poudre de Goa.

Chez les psoriasiques à peau particulièrement irritable, il pourra donc trouver une utile application, mais nous ne croyons pas que, dans les cas ordinaires, on doive le préférer aux autres agents de la médication externe, notamment à la chrysarobine.

Il n'en est pas de même pour l'eczéma sub-aigu. Dans cette dermatose il m'a paru appelé à rendre de véritables services bien supérieurs à ceux que l'on obtient dans le psoriasis. Il sèche rapidement les surfaces eczémateuses, dont il modifie la vitalité et amène souvent, dans les cas rebelles à tout autre topique, des guérisons rapides et complètes. M. Bruyère n'a, croyons-nous, pas été assez affirmatif sur ce point. Dans l'eczéma du cuir chevelu notamment, la pommade pyrogallique nous a paru avoir une action tout à fait analogue à celle de l'huile de cade qui, comme on le sait, réussit parfaitement dans ces cas.

Mais il a sur ce dernier médicament le réel et incontestable avantage d'être sans odeur, aussi croyons-nous qu'il est appelé à le remplacer dans bien des cas, lorsque, à son tour devenu populaire, il aura reçu le baptême du succès et le bénéfice des nombreux perfectionnements de seconde main nécessaires à la bonne application de tout remède, tel que celui-ci capable en même temps, selon un détail omis ou observé, de servir ou de porter préjudice.

Quant aux scrofulides et aux ulcérations lupeuses, les résultats obtenus ne sont pas encore assez précis pourqu'on puisse en tirer des déductions positives. Il paraît cependant favoriser la cicatrisation des plaies. Mais, nous croyons que, du moins jusqu'à nouvel ordre, les affections lupeuses n'ont pas trouvé dans le pyrogallol un agent supérieur à ceux qui encombrent la thérapeutique de ces redoutables affections. Les résultats obtenus dans ces dernières années par les scarifications linéaires me semblent supérieurs à ceux que donnent toutes les autres méthodes, à la condition toute fois de porter aussi loin que possible, en dehors de la lésion, l'action modificatrice produite par le scarificateur, dans le but de détruire les fusées néoplasiques qui irradient souvent très loin et sont une cause d'incessantes récidives.

Quoiqu'il en soit, ce nouveau médicament constitue une réelle conquête pour la dermatologie et le travail de M. Bruyère contribuera à préciser les cas dans lesquels on devra lui donner la préférence sur les autres agents thérapeutiques que nous avons à notre disposition. C'est en fait

de dermatoses surtout que, abondance de biens ne pourra jamais nuire.

A. DOYON.

---

De l'emploi du savon mou de potasse dans la thérapeutique des maladies de la peau, par M. le Dr Grandvaux. (Thèse de Paris, 1879.)

L'emploi du savon mou de potasse dans le traitement de certaines maladies de la peau est depuis longtemps classique à Vienne. C'est à Hebra qu'on doit l'introduction de ce simple et précieux agent dans la thérapeutique cutanée vers 1850, bien que Alibert, Bourdin et quelques médecins anglais s'en servissent déjà dans le traitement de la gale. Mais le chef de l'École dermatologique viennoise est le premier qui ait précisé les indications du savon mou de potasse. Depuis, M. le Dr Lailler l'a popularisé à Saint-Louis où il est journellement appliqué par les médecins de cet hôpital. Peu de travaux, cependant, ont été publiés en France sur cet agent thérapeutique, en dehors de la thèse de M. Guillot (1875), qui a fait connaître les résultats obtenus par M. Lailler grâce à son emploi dans le traitement de l'acné. C'est encore auprès de cet éminent et consciencieux dermatologiste que l'auteur de cette thèse a recueilli les faits qui font le substratum de ce mémoire.

M. Grandvaux, après avoir sommairement exposé ce qu'on doit entendre par inflammation substitutive, étudie avec le plus grand soin les effets particuliers produits par le savon noir. Ces effets sont notés de la façon la plus exacte suivant le mode et la durée d'application du médicament. Après avoir lu ce chapitre, il sera facile de se rendre compte de la conduite à tenir en face de telle ou telle lésion. S'agit-il d'une acné pustuleuse ou congestive, une application peu prolongée du savon suffira à déterminer une inflammation superficielle, et à modifier les sécrétions glandulaires ; inflammation suffisante également pour provoquer l'oblitération des vaisseaux anormalemant développés. Dans le cas de productions végétantes, comme dans certaines formes de lupus, il importera au contraire de laisser longtemps le savon appliqué sur les parties malades. Tous ces effets seront faciles à réaliser, sans crainte que le topique agisse sur les régions voisines, car le savon mou ne fuse pas comme certaines pommades, et son action ne s'exerce que sur les parties seules avec lesquelles il se trouve en contact.

M. Grandvaux passe successivement en revue les affections de la peau contre lesquelles le savon mou de potasse a donné de bons résultats. Depuis 1874, M. Lailler a toujours eu à se louer de son emploi

dans les diverses formes d'acné, et après lui ses collègues de Saint-Louis, notamment MM. Ernest Besnier et Vidal, ont suivi la même pratique et obtenu les mêmes succès.

Nous ne reviendrons pas sur ces heureux résultats, ils sont consignés dans la thèse de M. Guillot dont il a déjà été donné une analyse dans les *Annales*. On trouvera d'ailleurs, dans le travail de M. Grandvaux, treize observations d'éruptions acnéiques, prises dans le service de M. Lailler, observations très détaillées et dans lesquelles sont étudiés et relatés avec soin les effets du traitement par le savon noir; dans toutes on peut constater les heureux résultats de cette médication que nous ne saurions trop vivement recommander.

Mais le savon noir ne réussit pas seulement chez les acnéiques, il procure encore des succès remarquables dans une affection bien autrement grave, dans le lupus.

Sur dix cas communiqués par M. Lailler, sept se rapportent au lupus érythémateux et trois au lupus tuberculeux ulcéré. Chez tous ces malades il s'est produit une amélioration notable consécutive aux applications de savon.

Il en a été de même dans plusieurs cas de lupus végétant; seulement au lieu de se borner à de simple onctions, M Lailler fait recouvrir les parties malades d'une couche de savon noir qu'il maintient en place pendant quatre ou cinq jours avec des bandes de flanelle enduites de la même substance. Dans ces conditions l'épiderme se ramollit, les parties végétantes se flétrissent et s'affaissent souvent complètement.

Le savon noir est, au même titre, une ressource précieuse contre ces ulcérations scrofuleuses dont la cicatrisation est souvent si difficile à obtenir malgré la diversité des moyens qu'on leur oppose.

Enfin cet agent est encore un des moyens les plus actifs pour favoriser la desquamation. Dans les plaques anciennes et épaissies de psoriasis, comme on en rencontre si souvent aux coudes et aux genoux, il contribue à la chute des produits épidermiques, mais son action, dans ces cas, ne me paraît pas supérieure à celle des autres corps gras, notamment de l'huile de foie de morue.

Dans l'ichthyose, il pourra rendre les mêmes services. Mais ni dans les psoriasis, ni dans cette dernière affection on ne peut lui attribuer aucune action curative.

En résumé le savon mou de potasse est un agent précieux de la méthode substitutive qui offre sur d'autres substances, ayant une action analogue, l'avantage très précieux de pouvoir être exactement réglé dans ses effets.

En second lieu il favorise la cicatrisation des plaies, surtout de celles

qui ont un caractère atonique, notamment des ulcères lupeux et scrofuleux.

Enfin on peut l'employer comme moyen de modification de la surface malade dans toutes les affections squameuses.

Tous ces points ont été traités avec beaucoup de soin par M. Grandvaux et les praticiens puiseront dans son mémoire d'utiles renseignements et sur les indications et sur les divers modes d'emploi d'un agent thérapeutique qui, on peut et on doit le dire, n'occupe pas encore en dermatologie la place à laquelle il a légitimement droit en raison de son incontestable efficacité dans les cas que l'auteur a parfaitement spécifiés, et surtout de sa non moins incontestable innocuité, qualité précieuse par le temps d'aventureuses spécialités que nous traversons, et ne faisons pas toujours sans appréhension traverser à nos clients.

A. DOYON.

## RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

### I

#### THÈSES SUR LA DERMATOLOGIE SOUTENUES EN 1879 (suite et fin).

ALFONSECA. — De l'éléphantiasis des Arabes développé dans les organes génitaux de l'homme.

ARRAGON. — Traitement topique du psoriasis par l'acide pyrogallique.

AMIAUD. — De l'érythème noueux.

CHARCELLAY. — De l'éléphantiasis des membres inférieurs.

COLLIN. — Recherches sur les manifestations cutanées dans la maladie de Bright.

DAYMAR. — Recherches cliniques sur le lymphadénome.

HEMEURY. — Étude sur le béribéri observé à l'hôpital de Cayenne en 1876.

MATELI. — De l'éléphantiasis des Arabes et principalement de son traitement par la compression élastique.

MOREAU. — De la diphthérie cutanée.

PELLETIER. — Considérations historiques et histologiques sur l'ichthyose en général et en particulier quelques cas tératologiques.

VERGNIAUD. — Contribution à l'étude du béribéri.

ROSTAN. — Étude sur le traitement comparé du lupus.

TOURTON. — Essai sur la réaction de la sueur.

CH. ROBERT. — Quelques considérations sur l'anthrax de la face.

### II

#### THÈSES SUR LA SYPHILIS SOUTENUES EN 1879.

CESAR BELIN. — Contribution à l'étude des gommes du poumon.

ALBERT BÉSINY. — Syphilis et traumatisme.

CAPDEVILLE. — De la balano-posthite et du phimosis accidentel.

CESBRON. — Étude sur la contracture musculaire syphilitique.

CABARROU. — Psoriasis chez les syphilitiques.

E. Delavarenne. — Essai sur la syphilis du foie chez l'adulte.

D. Deffis. — Essai sur la syphilis infantile au point de vue de la responsabilité médicale.

Destay. — Essai sur la paralysie mercurielle.

Henry. — Essai critique sur le traitement de la vaginite.

Josset-Moue. — De la syphilis et de la phtisie laryngée au point de vue du diagnostic.

Lebeuf. — De l'asthénie syphilitique.

Mulé. — Quelques considérations sur le traitement des bubons inguinaux.

Mickanienski. — Considérations sur la terminaison de l'orchite par suppuration.

Pichard. — Phagédénisme tertiaire.

Ballivet. — Quelques considérations sur les tumeurs syphilitiques du muscle sterno-mastoïdien et la myosite des nouveau-nés.

Julliard. — Étude critique sur les localisations spinales de la syphilis.

Augagneur. — Étude sur la syphilis héréditaire tardive.

Ch. Larché. — Contribution à l'étude clinique de la syphilis cérébrale.

Ferroul. — De la blennorrhagie uréthrale chez la femme.

Alfr. Bresse. — Étude sur la phtisie syphilitique chez l'adulte.

---

## III

## RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

De la scrofule, par Grancher. *Gazette médicale de Paris*, nos 7 et suiv., Paris, 1880.

Cancroïde de la face (Observation de), traité par le chlorate de potasse, par Pilatte. — Rapport de Terrier et discussion. — *Société de Chirurgie*. Séance du 7 janvier 1880.

La lèpre est-elle contagieuse ? Par un missionnaire attaché aux Léproseries. Un vol. in-8°, Paris, 1879. J.-B. Baillière et fils.

Bacillus Lepræ. Études sur la bactérie de la lèpre, par G. Armauer Hansen, médecin en chef, inspecteur du service de la lèpre à Bergen. *Archives de Biologie*, de Ed. Van Beneden et Ch. Van Bambeke, t. I, p. 225, 1880.

Hématologie dans les affections cutanées, par le Dr Quinquaud. — *Progrès médical*, 1880, p. 46.

Du lupus. Leçons de E. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, ré-

digécs par M. Colson, interne des hôpitaux, revues par le professeur.

Traitement du lupus *par les scarifications linéaires.* Note luc à l'Académic de médccine dans la séance du 18 novembre 1879, par E. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

On port-wine-mark and its obliteration without scar. *Fourth edition by* Balmanno Squirc, *M. B. Lond. Surgeon to the British hospital for diseases of the skin. London,* 1880.

Glandes sudoripares (Contribution à l'étudc des), par G. Hermann. *Soc. de biologie,* séancc du 27 décembre 1879.

Acné. alopécies, par Kaposi. *Real-Encyclopädie der Gesammten heilkunde Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Aerzte herausgegeben von* Dr Alb. Eulenburg, *Wein,* 1880, 2 et 3. *Lieferung.*

Kystes dermoïdes des régions orbitaire et sourcilière. — Panas et Demons. — (*Société de chirurgie,* 21 janvier 1880.)

Des déformations vulvaires produites par la défloration. — Lcçon de Martineau. (*Union médicale,* n° 4, 1880.)

Des déformations vulvaires produites par la masturbation, le saphisme et la prostitution. — Leçon de Martineau. (*Union médicale,* n 8, 1880.)

Sur les varices du membre supérieur. — L. Petit. (*Union médicale,* 26 février 1880.)

Un cas de conscience, a propos d'un pemphigus des nouveau-nés, par Coriveaud (de Blaye). (*Gazette des Hôpitaux,* 15 janvier 1880.)

Herpétide maligne exfoliatrice. — Lcçon de Guibout, recueillie par Galliard. (*Union médicale,* n° 29, 1880.)

Érythème papuleux généralisé; érythème noueux des jambes, papules des conjonctives; rhumatisme articulaire subaigu des articulations métacarpo-phalangiennes, tibio-fémorales, et tibio-tarsiennes. — Gouguenheim. (*Société médicale des Hôpitaux,* 10 octobre 1879.)

De l'acné. — Leçon de Guibout. (*Union médicale,* 24 janvicr 1880.)

Exanthèmes rhumatismaux. — Brochin. (*Gazette des Hôpitaux,* 31 janvier, 1880.)

Épidémie d'érysipèle survenue a l'hospice de la Salpêtrière pendant les mois de janvier et février 1880, par Dauchez. (*France médicale,* mars 1880.)

Ulcère variqueux et fistule lymphatique guéris par l'application de la pate de Cauquoin, par Gillebert D'hercourt (*Union médicale,* 1880.)

Traitement des tumeurs érectiles des paupières et de la conjonctive par l'électrolyse positive, par René. (*Gazette des Hôpitaux,* 27 et 29 janvier 1880.)

VÉSICATOIRE (De l'action œsthésiogène du), par J. GRASSET. (*Gazette hebdomad. de méd. et chir.*, n° 1, janvier 1880.)

NOTE SUR UN CAS DE PURPURA HEMORRHAGICA AIGU SURVENU CHEZ UN MALADE ATTEINT D'UNE AFFECTION DU CŒUR ANCIENNE, ET TERMINÉ PAR LA MORT, par RIGAL; EXAMEN HISTOLOGIQUE DES LÉSIONS CUTANÉES, par CORNIL. (*Société méd. des hop. de Paris*, 28 février et 28 mars 1879.)

DE LA GALE. — Leçon de HARDY. (*Gazette des Hôpitaux*, février 1880.)

NOTE SUR UN CAS DE TUBERCULOSE AIGUE AFFECTANT LA PLUPART DES ORGANES ET PARTICULIÈREMENT LA MUQUEUSE VAGINALE, AYANT PRÉSENTÉ DES SYMPTÔMES ET UNE MARCHE INSOLITES. — ALBUMINURIE. — NÉPHRITE PARENCHYMATEUSE. — DIFFICULTÉ EXTRÊME DU DIAGNOSTIC, par RIGAL. — EXAMEN HISTOLOGIQUE, par CORNIL. (*Bullet. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1879, p. 159.)

GROSSES GLANDES SUDORIPARES CHEZ LES ANIMAUX. — Note de HERMANN. (*Soc. de Biologie*, 27 décembre 1879.)

SUR LA STRUCTURE DES GLANDES SUDORIPARES. — Note de L. RANVIER. (*Compte rendu de l'Acad. des Sciences*, n° 26, 29 novembre 1879.)

ALTÉRATIONS DES NERFS CUTANÉS DANS UN CAS D'ICHTHYOSE CONGÉNITALE. — Note de H. LELOIR. *Idem. ibidem.* — DANS L'ECHTHYMA CHEZ UN SUJET ATTEINT DE PARALYSIE GÉNÉRALE. (*Soc. de Biologie*, 7 février 1880.)

LADRERIE GÉNÉRALISÉE CHEZ UN HOMME AYANT RENDU UN TÆNIA, ETC., par FÉRÉOL. (*Bullet. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1879, p. 151.)

UEBER DAS VORKOMMEN DER LEPRA IN UNGARN, von Dr ERNST SCHWIMMER. (*Pester med. chir. Presse*, 1880.)

ZUR THERAPIE DER VARIOLA VOM STANDPUNKTE DER MICROCOCCUSLEHRE VON Dr SCHWIMMER, avec une planche. (*Deutsch. Arch. für Klin. Med.* 1880.)

STEFANO BECCHINI. — *Contributo allo studio della sciatica blennorragica*, (*Lo Sperimentale*, 1879, p. 629.)

VINCENZO BRIGIDI. — *Intorno alla cellula gigante nel tubercolo* (*Lo Sper.*, 1879, p. 63.)

Z... — *Due casi di estesa ulcerazione epiteliale agli arti superiori.* (*Lo Sperim.* 1879, p. 511.)

TURCHI. — *Un caso di Lebbra.* (*Giornale delle mal. ven.* 1879, p. 142.)

SCARENZIO. — *Dermatosi tubercolare all' arto inferiore sinistro curata e guarita specialmente colla compressione elastica.* (*Giornale Ital. delle mal. ven.* 1879, p. 105.)

TANTURRI. *Due casi di sclerema degli adulti.* (*Giornale internationale delle scienze mediche ; fascicolo 2°* 1879.)

P. GAMBERINI. — *Trattato delle malattie della lingua.* 1 vol. de 183 pages, Bologne, 1879.

P. Gamberini. — *Eritema polimorfo essudativo di Hebra*, id. p. 257.

Enrico Morselli. — *Leucoderma parziale degli alienati communicazione all'associazione medica italiana in Pisa.* (*Giorn. ital. dello mal. ven.* 1879, p. 236.)

Di Lorenzo. — *Caso d'Ittiosi vera, curato e guarito col limo di sclafani*; broch. de 5 pages, Naples, 1879.

Marcacci. — *Studie recenti dall'Ittiosi.* (*Lo Sperimentale*, 1879, p. 402.)

Le Gérant : MASSON.

Société anonyme d'imprimerie. Paul Dupont, Dr. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) 51-4.80.






... del
Imp. Lemercier & Cie ...
... G. Masson

# ANNALES
DE
# DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

DEUXIÈME SÉRIE





## TRAVAUX ORIGINAUX.

### MÉMOIRES

I.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE
## DE L'ACNÉ VARIOLIFORME

(MOLLUSCUM CONTAGIOSUM DE BATEMAN)


par le professeur **J. RENAUT.**


I. — Tous les cliniciens qui s'occupent de dermatologie connaissent la petite lésion décrite sous le nom d'*Acné varioliforme*. Elle siège ordinairement sur les points où la peau, munie de glandes sébacées, est fine et doublée d'un tissu connectif lamelleux. C'est ainsi qu'on la rencontre aux paupières, sur la peau des tempes, en arrière de l'oreille ou dans le pli cutané lâche

qui unit le lobule auriculaire à la joue, enfin sur la peau du pénis. On peut aussi, plus rarement il est vrai, la rencontrer sur un point quelconque de la peau.

L'apparence extérieure de la production morbide est celle d'une pustule récente de variole, encore opalescente et non franchement suppurée. Souvent rien ne manque à cet aspect pas même l'ombilic ; cependant l'acné varioliforme n'a de la pustule que l'apparence. Quand on prend entre les doigts la petite tumeur, on reconnaît qu'elle est solide et qu'elle roule légèrement dans le tissu connectif sous jacent. Dans sa portion acuminée, au voisinage de l'ombilic, elle offre la translucidité de la corne, mais cette portion elle-même est dure et ne se ramollit jamais. Enfin, si l'on ouvre la lésion avec une lancette, on voit qu'elle ne se vide pas. Pour en extraire le contenu il faut énucléer ce dernier comme une loupe ; il se présente alors sous la forme d'une petite masse lobulée à sa base, ou d'une petite bourse fermée dont l'ombilic occupe le centre. Ses dimensions sont parfois celles d'un grain de mil et peuvent atteindre celles d'une noisette. Dans ce dernier cas, les lobules profonds sont nombreux, irréguliers, quelquefois disposés les uns au-dessus des autres en série moniliforme. Au-dessous de la production morbide, le tissu connectif est lisse comme la surface d'une séreuse adventice, et parcouru par des anses vasculaires grêles, à paroi délicate, qui se rompent parfois et donnent lieu à une petite hémorragie. Cette dernière forme un caillot dans la loge connective vidée ; une marque analogue à celle d'un bouton de variole se produit sur ce point après la cicatrisation. Si la tumeur a été entièrement excisée ou énucléée, elle ne récidive pas, mais si l'une de ses expansions profondes lobulées a été laissée adhérente au tissu connectif périacnéique, le molluscum de Bateman se régénère rapidement et se reproduit sur place avec tous ses caractères.

II. — L'anatomie pathologique de la petite lésion que je viens de décrire sommairement m'a depuis longtemps préoccupé. J'en ai fait l'analyse histologique au moment où j'avais l'honneur d'être l'interne de M. Lailler, en 1870-1871, et c'est d'après mes préparations que mon ami le docteur Misset la décrivit dans sa thèse inaugurale sur l'acné (1872). J'admettais alors, et j'ai soutenu depuis dans diverses circonstances, que le comédon de l'acné varioliforme était de nature *cornée*. Dans cette conception, les

cellules de la glande sébacée intéressée, au lieu de subir l'évolution graisseuse régulière, devenaient globuleuses, et se transformaient en boules minuscules de corne soudées, sur leurs limites, par la substance unissante ou cimentaire (*Kittsubstanz*) qui relie les éléments cellulaires du corps de Malpighi. L'aspect translucide, la dureté et la compacité du comédon central s'expliquaient ainsi comme d'eux-mêmes.

Depuis lors, un dermatologiste distingué, M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a repris la question et est arrivé à une conclusion toute différente. Il a admis que les cellules du corps muqueux subissaient, dans la cavité glandulaire affectée, une lésion particulière de la nutrition qu'il appelle *transformation colloïde*. Elles se gonflent, deviennent globuleuses, leur noyau est rejeté sur le côté, le tout par suite du développement d'une boule de substance molle, se teignant en rose vif sous l'influence des solutions carminées. Le comédon central est formé par l'accumulation des cellules ainsi modifiées et remplies d'une matière vitreuse, ce qui explique sa transparence analogue à celle d'une gelée.

En présence d'une divergence d'idées aussi marquée que celle que je viens d'exposer, j'ai pensé que, dans l'analyse histologique faite par M. Vidal et par moi de l'acné varioliforme, certains points étaient passés inaperçus, ou que l'*évolution* du molluscum avait été mal suivie. Lorsqu'en effet deux observateurs ont, sur une même question, des opinions absolument contradictoires, et qu'ils décrivent dans un même fait des phénomènes complètement différents, la seule conclusion à tirer est que leurs observations sont incomplètes. Partant de ce principe, j'ai repris l'étude du molluscum de Bateman, j'ai cherché à suivre exactement le processus de sa formation, et je crois avoir trouvé la raison pour laquelle M. Vidal et moi n'avons pas été jusqu'ici d'accord sur la structure intime de cette petite tumeur, que je vais maintenant étudier au point de vue de ses éléments anatomiques, de son développement et de sa nature.

III. — A la surface du tégument disposé, soit en nappe planiforme, soit en séries papillaires, l'évolution normale des cellules du corps de Malpighi est la transformation cornée. Le stratum de Malpighi forme un tout compact et solide, dont les éléments cellulaires constitutifs sont rendus solidaires entre eux par les expan-

sions protoplasmiques nombreuses qui les relient à travers les lignes de ciment. Les couches cornées forment de leur côté un tout homogène limité à la surface par la couche desquamante, et dans la profondeur par la zone hyaline ou *stratum lucidum*. Entre le corps de Malpighi et les couches cornées, s'étend la ligne granuleuse, dont les éléments ne sont plus munis de pointes solides les reliant entre eux, mais qui sont chargés de grains d'*éléidine* (Ranvier) ou substance kératoplastique, qui joue un rôle considérable dans la transformation cornée des cellules de l'ectoderme. Cette substance, disposée en grains distincts dans la couche granuleuse, infiltre les éléments déjà en partie cornés du stratum lucidum, qui prennent pour cette raison une coloration rosée sous l'influence du picro-carminate d'ammoniaque. Quand la transformation cornée est devenue complète, l'éléidine libre disparaît et ne suinte plus en flaques roses à la surface des coupes. *La ligne granuleuse, dont les éléments sont chargés de substance kératoplastique, indique donc au-dessus d'elle l'existence d'un stratum corné* (1). Aussi manque-t-elle dans le revêtement éctodermique de glandes sébacées normales. Quand les cellules de Malpighi doivent former la graisse du *sébum*, on les voit devenir globuleuses immédiatement au-dessus de la ligne des cellules cylindriques ; dans leur protoplasma se déposent des gouttes de graisse, *distinctes comme de petites perles* ; ce dépôt se fait dans une région particulière de la cellule qu'il nous faut actuellement décrire d'une façon exacte.

Les cellules du corps muqueux de Malpighi, prises sur un point quelconque du réseau de ce nom, ont en effet leur corps nettement départi en deux zones. L'une de ces zones est *centrale*, hyaline, et s'étend comme un cercle clair tout autour du noyau qui occupe à peu près la portion moyenne de l'élément. Cette zone se colore en rose pâle par le carmin, en rose orangé par le picrocarminate d'ammoniaque. Autour d'elle se voit la *zone periphérique*, nettement différenciée, et qui se teint énergiquement en brun orangé sous l'influence du picrocarminate, en bleu pur lorsque l'on a coloré la préparation à l'aide de l'hématoxyline. C'est de la zone pé-

(1) La ligne granuleuse manque au niveau du « lit de l'ongle » mais le processus d'unguification est sensiblement différent de celui qui accompagne la production des couches cornées ordinaires. J. R.

riphérique que partent les prolongements protoplasmiques qui unissent les cellules malpighiennes à travers les lignes de ciment.

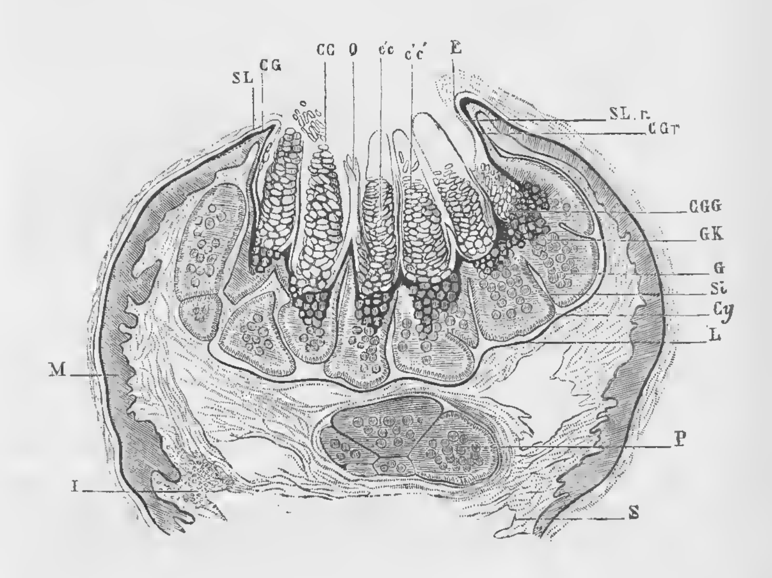
Les gouttes de graisse qui se forment dans les cellules sébacées s'accumulent exclusivement dans la *zone centrale* périnucléaire, et entourent le noyau qui reste au milieu de l'élément. La cellule prend alors une apparence globuleuse ; elle est séparée de ses similaires par la *zone corticale ou périphérique* qui revêt l'aspect d'une mince bordure que le carmin et le picrocarminate colorent énergiquement. Les bordures corticales des cellules adjacentes se fusionnent sur leurs limites et ne présentent plus de pointes visibles. L'aire de section des lobes profonds d'une glande sébacée paraît par suite, sur les coupes, traversée par un élégant réseau de traits rouges qui marquent les limites de ses cellules chargées de grains graisseux disposés autour du noyau. Ce n'est qu'au voisinage du col de la glande que ces grains confluent ; les parois cellulaires, formées par les bandes corticales, se fragmentent alors ; et la matière grasse, ainsi rendue libre, peut s'écouler comme un liquide à la surface du tégument.

Les notions précédentes étaient indispensables pour comprendre ce qui va suivre, car dans l'acné varioliforme, les cellules du corps de Malpighi subissent des modifications évolutives à la fois différentes de celles qui aboutissent à la formation des couches cornées lamelleuses et des cellules sébacées proprement dites.

IV. — Sur des boutons d'acné varioliforme de la peau du pénis, excisés sur le vivant à l'hôpital Saint-Louis par mon ami le docteur Ern. Besnier, et immédiatement fixés dans leur forme par l'alcool absolu, j'ai pratiqué, au bout de quarante-huit heures, des coupes minces dans diverses directions. Les plus instructives sont celles qui passent exactement par l'ombilic de la tumeur, et qui ont été dirigées de façon que la plan de section soit exactement normal à la surface cutanée. Sur de pareilles coupes, colorées rapidement avec le picrocarminate d'ammoniaque de façon à obtenir une action élective parfaite, et examinées dans la glycérine picrocarminée, on peut constater facilement des particularités intéressantes.

La tumeur tout entière est formée par des *bourgeons ectodermiques* affectant chacun la forme d'une larme dont la base est

profonde et la pointe superficielle. Toutes les pointes convergent vers le centre du hile, et toutes les bases forment autant de fes-




tons profonds, séparés par des lignes étroites de tissu connectif contenant des anses vasculaires à direction ascendante. Sur la coupe, l'ensemble de la lésion offre l'aspect d'un éventail renversé. En réalité, et considérée à l'état solide, la tumeur affecte la configuration d'une bourse, à culs de sac multiples dirigés excentriquement et disposés en doigts de gant. Tout ce système est d'ailleurs plein, la cavité punctiforme du hile étant elle-même remplie de cellules cornées, résultant de la convergence de toutes les pointes des bourgeons.

Les cloisons connectives à vaisseaux ascendants qui séparent les bourgeons, peuvent être considérées comme une modification spéciale de papilles dermiques, qui deviennent longues, étroites, et en quelque sorte linéaires entre les bourgeons. Ces bourgeons eux-mêmes, se continuant avec le corps muqueux de la peau saine péri-acnéique, paraissent représenter le corps de Malpighi qui comble les espaces interpapillaires de la peau normale.

Tout ce système est entouré de tissu connectif lâche et lamelleux, qui reproduit le type du tissu conjonctif diffus et non celui du derme. De larges vaisseaux à mince paroi y décrivent des réseaux, et peuvent se montrer rompus par places, de façon que la tumeur est environnée de points hémorragiques. Ceux-ci sont le plus souvent d'origine traumatique, les vaisseaux ayant été déchirés au moment même de l'excision en masse.

A. *Structure et évolution des bourgeons*. Les bourgeons ectodermiques sont formés par des cellules du corps de Malpighi, avec lequel ils se continuent sur les limites de la tumeur. La première rangée, adjacente au tissu conjonctif, est formée de cellules cylindriques qui ne diffèrent de leurs homologues dans la peau saine que par leurs très grandes dimensions. Leur volume et leur hauteur dépassent souvent d'un tiers ceux des cellules cylindriques normales. Leur zone protoplasmique centrale périnucléaire est large, un peu granuleuse, translucide, et leur zone corticale est peu épaisse ; on en voit cependant partir les prolongements protoplasmiques épineux. En d'autres termes la cellule, même à ce niveau, tend à devenir globuleuse par suite du développement prépondérant de la zone centrale.

Dans les couches qui se succèdent en dehors de celle des cellules cylindriques, et qui représentent le réseau ou lacs de Malpighi, beaucoup d'éléments cellulaires conservent simplement cette forme légèrement globuleuse, en se stratifiant d'ailleurs par lits à la manière ordinaire. Mais, au milieu d'eux, certaines cellules se modifient plus profondément ; dans la zone centrale dont le noyau occupe le milieu, se déposent de grosses granulations hyalines, que le picrocarminate colore en rose orangé. Bientôt ces granulations se fondent en une masse formée d'abord de grains cohérents, puis dans laquelle ces grains se fondent, et qui, s'accroissant sans cesse, donne à la cellule des dimensions colossales et une apparence globuleuse. Souvent le noyau reste central, parfois il est rejeté sur le côté. Entre les cellules globuleuses existent des cellules malpighiennes normales ou un peu gonflées. La zone corticale des éléments cellulaires transformés s'amincit et devient une simple cloison membraniforme, qui enveloppe le bloc hyalin central à la façon d'une cuticule, les pointes protoplasmiques disparaissent alors. Nous sommes ici, évidemment, en présence de la

modifieation qui a été eonsidérée par M. Vidal eomme une *transformation colloïde.*

La substanee hyaline qui remplit et développe, jusqu'à transformation globuleuse de l'élément, la zone eentrale périnueléaire de ce dernier, ne se eolore pas en rose pur, eomme la substance mal définie que l'on appelle matière eolloïde, sous l'influenee des solutions earminées. Elle prend une teinte d'un rouge brun ou orangé, elle ne se fendille pas, mais elle est rétraetile eomme une masse de gélatine imprégnée d'eau, ear, lorsque l'on fait agir sur elle un réaetif eoagulant, elle revient sur elle-même en exprimant son liquide sous forme de gouttes. Aussi, au pourtour ou même dans l'intérieur de la boule eentrale, on voit, sur les pièees saisies par l'aleool, des vaeuoles refringentes qui ont été ereusées par le liquide exsudé au moment du retrait brusque. Ces vaeuoles sont irrégulières, lobulées, il ne faut pas les prendre pour des gouttes graisseuses, l'aeide osmique est sans aueune aetion sur elles, et les laisse absolument ineolores.

Ainsi la zone hyaline eentrale perinueléaire, signalée par M. Ranvier pour la première fois, et sur l'importanee de laquelle a justement insisté depuis Leloir, devient, dans l'aené varioliforme, le siège d'une modifieation spéeiale. Elle est développée dans la majorité des eellules, elle prend dans nombre d'entre elles des dimensions eonsidérables et se remplit d'une substanee translucide, *qui se dépose par grains* d'abord, eomme le fait la graisse dans la même région des eellules sébaeées normales. La eellule globuleuse conserve en outre son noyau aetif, très souvent central, eneore à la façon des eellules sébaeées. Peut-on dire avec M. Vidal qu'elle a subi la transformation eolloïde, *c'est-à-dire qu'elle est dégénérée et morte?* Il est impossible de soutenir eette hypothèse. Nous allons en effet voir eette cellule eontinuer à vivre, et montrer sa vitalité par une évolution eornée aussi régulière que eelle que subit une eellule de Malpighi, dans les eouehes épidermiques de la peau normale, avee eette différenee que la kératinisation affeete iei un type partieulier.

Vers l'union de son tiers inférieur avee le tiers moyen, ehaque bourgeon présente une véritable *zone granuleuse* qui, dans les deux bourgeons plaeés aux extrémités opposées d'une même eoupe, se continue direetement avee la zone granuleuse du eorps

de Malpighi normal. Cette zone est formée de grosses cellules globuleuses à centre hyalin, entre lesquelles sont des cellules plus petites, moins modifiées ou absolument normales, et disposées en lits stratifiés. L'éléidine se montre, dans toutes ces cellules, sous forme de grains d'un rouge foncé, presque bleuâtre sur les préparations conservées dans la glycérine formiquée. Elle est surtout abondante dans la zone corticale des cellules globuleuses, mais on la voit aussi suinter sous forme de flaques des globes développés autour du noyau. *La transformation globuleuse n'entrave donc nullement la sécrétion de la substance kératogène.* Le globe central s'infiltre d'éléidine comme le fait la zone centrale d'une cellule normale. Au-dessus de la ligne granuleuse, extrêmement nette, et même beaucoup plus développée en hauteur que celle des couches épidermiques normales voisines, à cause de l'augmentation de volume des éléments, toutes les cellules sont devenues globuleuses. La matière translucide, rétractile, occupant la zone centrale périnucléaire, s'est transformée en une véritable boule de corne; la zone corticale infiltrée d'éléidine se fusionne sur ses limites avec ses similaires adjacentes, et soude intimement toutes les boules cornées, que l'acide picrique du picrocarminate colore en jaune pur, tandis que les cloisons formées par la fusion des zones corticales se montrent sous la forme d'élégants traits rouges, qui dessinent un réseau de mailles entre les globes jaunes. Sur les préparations colorées successivement par le violet de Paris et la pyrosine, les boules cornées sont bleues et le réseau qui les relie est teint en rose vif; on obtient ainsi des préparations d'une grande beauté qui montrent en outre, par le défaut de la réaction bien connue de Cornil, que les cellules de Malpighi ne subissent pas la dégénérescence amyloïde, comme Kaposi l'avait avancé tout récemment.

Le bourgeon ectodermique se termine donc du côté du hile par un *cône corné* qui forme la pointe de la larme à laquelle nous le comparions en commençant. *Ce cône se continue latéralement avec les couches cornées* moyennes de l'ectoderme sain, également colorées en jaune pur. Enfin, si on le dissocie en ses éléments, on voit rouler dans le liquide des blocs solides, comme des petites perles de corne, que l'on ne peut écraser par pression, et que ni l'ammoniaque, ni la potasse à 40 pour cent ne modifient sen-

siblement au bout de plusieurs jours. Dans les mêmes conditions, une coupe d'un carcinome alvéolaire (ou colloïde) est complètement fondue et disparaît pour ainsi dire.

B. *Lignes papillaires, cloisons cornées inter-bourgeonneuses.* Nous avons dit que les bases des bourgeons sont séparées par des papilles étroites et longues parcourues par des vaisseaux ascendants disposés en anses; le sommet de ces papilles linéaires est recouvert par une mince bande de corps de Malpighi, continue avec celle du bourgeon, mais formée de cellules non globuleuses. Au-dessus de cette bande existe une ligne granuleuse, aussi continue avec celle du bourgeon; enfin, en dehors de cette dernière, sont des couches cornées lamelliformes, du type ordinaire, disposées sur le sommet de la longue papille étroite de façon à la coiffer, comme le feraient des cornets d'oublie superposés. Ce stratum épidermique forme, entre les cônes cornés répondant à chacun des bourgeons, de véritables cloisons distinctes, mais qui cependant, latéralement, se fusionnent avec la substance de ces derniers.

La disposition qui vient d'être décrite se rapporte aux tumeurs récentes et de petit volume. Quand l'acné grossit, les bourgeons végètent en tous sens, des ombilics multiples se forment, la disposition en éventail n'est plus observée et fait place à des formes compliquées et bizarres ; mais constamment l'évolution que nous avons décrite se retrouve dans chaque bourgeon ; l'on y voit de la périphérie au centre : 1° la couche de cellules cylindriques ; 2° la zone du réseau de Malpighi et les cellules globuleuses ; 3° la zone granuleuse ; 4° le cône ou comédon corné. Sur la marge de la lésion, ces différentes couches sont en continuité directe avec leurs homologues de l'ectoderme sain.

V. — La conclusion de ce qui précède est maintenant facile à déduire des faits. Dans chaque bourgeon *plein* d'acné varioliforme, les cellules malpighiennes ont une tendance à devenir globuleuses, le protoplasma de leur zone centrale périnucléaire est le siège de la modification.

Cette modification, au lieu de consister en un dépôt de grains *graisseux*, comme cela a lieu dans la glande sébacée normale, consiste dans la production d'une substance hyaline particulière, qui se colore en brun orangé sous l'influence du picrocarminate d'ammoniaque.

Les eellules ainsi modifiées subissent la transformation cornée régulière, identique à celle qui ehange en lames de eorne les cellules normales de Malpighi. Dans ees eonditions, la matière protoplasmique qui forme la boule centrale, se transforme en un globe corné, les zones eorticales se kératinisent de la même façon et se fusionnent en se soudant, comme elles le font d'ailleurs dans l'épiderme normal.

*La transformation globuleuse* n'est pas une lésion dégénérative, puisque la eellule survit et subit ultérieurement son évolution eornée; ee terme doit par suite être substitué à eelui de dégénération colloïde.

Nous ferons remarquer en terminant que : par son mode de production, d'extension, d'évolution, le molluseum de Bateman se rapproehe plus des tumeurs proprement dites, et des épithéliomes en particulier, que des productions aenéiques. Certains molluscum lobulés et eompliqués ont une apparence si semblabe à eelle du caneroïde que l'on peut diseuter leur définition. Comme l'acné varioliforme est toujours une tumeur bénigne, il est donc important de bien fixer les earactères anatomiques qui le séparent de l'épithéliome lobulé. Or, dans la tumeur varioliforme, les îlots de cellules eornées, simulant les globes épidermiques, sont toujours situés au-delà d'une ligne granuleuse infiltrée d'éléidine, ligne en dehors de laquelle on trouve des eellules globuleuses colorées en brun orange par le picrocarminate d'ammoniaque.

Au point de vue exelusif de l'anatomie générale, l'étude de l'acné varioliforme nous a permis de dégager un fait intéressant : c'est l'existenee de productions cornées formées de globes kératinisés répondant chaeun au eentre d'une cellule malpighienne évoluée. Ce mode de transformation épidermique conduit à la notion d'un type nouveau de développement, distinet à la fois du type normal, et de eelui earactérisé par la formation des globes épidermiques à eouches concentriques.

1er avril 1880.

II

# DE L'URTICAIRE

Leçon de M. le Dr **E. VIDAL**, médecin de l'hôpital Saint-Louis,

Recueillie par M. Pautry, externe des hôpitaux.
Revue par le professeur.

---

*Définition.* — L'urticaire est un exanthème caractérisé par des élevures plus ou moins arrondies, d'étendue variable, — les plus petites formant des taches ou des stries rougeâtres, les plus volumineuses plus pâles que la peau saine, — faisant saillie sur une surface érythémateuse, apparaissant brusquement, disparaissant en quelques heures et toujours aceompagnées d'un sentiment de cuisson et de prurit, semblable à celui qui résulte de la piqûrc des orties.

*Symptômes.* — Nous avons, en effet, dans la lésion cutanée produite par la piqûrc de l'ortie *(urtica urens)*, le type de l'urticaire. Les points de la peau qui ont été piqués se couvrent immédiatement de papules blanchâtres, comme œdémateuses, dont les bords sont circonscrits par une aréole rosée, tranchant par sa coloration avec la peau saine.

Les élevures de l'éruption d'urticaire peuvent être isolées, *urticaria discreta;* groupées, ou même confluentes, *urticaria conferta;* elles forment parfois de larges plaques blanches, à bords irréguliers, sur un fond rouge, c'est l'urticaire porcelaine *(porcellanœ)* de Lieutaud. On les voit encore se disposer en lignes, plus ou moins régulières *(urticaria gyrata);* et chez les sujets irritables, plus particulièrement chez les hystériques, en proie à l'urticaire chronique, l'ongle promené sur la peau, les plis des vêtements font apparaître ces saillies linéaires *(urticaria factitia)*.

Ces plaques sont éphémères. Leur durée est de quelques minutes à quelques heures. Elles s'effacent en un point pour appa-

raître dans un autre. Elles ne laissent à leur suite aucune desquamation, sauf quand il y a eu grattage ou quand, exceptionnellement, elles se compliquent d'une vésicule (urticaire miliaire, vésiculeuse, bulleuse). L'anatomie pathologique nous rendra compte de ce rare phénomène.

Lorsque l'urticaire atteint des régions dont le derme et le tissu cellulaire sont d'une texture lâche et d'infiltration facile, comme par exemple les paupières, le prépuce ou le scrotum, l'œdème est très apparent.

Quelquefois on voit cet œdème aigu de l'urticaire former sur la peau de grosses saillies, du volume d'une noix *(urticaria tuberosa)*, et même de dimensions plus considérables *(urticaire géante, Riesenurticaria* de Milton). Cette forme a été décrite par Hardy (urticaire tubéreuse et œdémateuse), par Perroud, de Lyon, par Fouquet (1). On ne trouve quelquefois qu'une seule de ces tumeurs, mais le plus souvent il s'en présente plusieurs. Elles surviennent, en général, chez des sujets lymphatiques et nerveux, sous l'influence des causes productrices de l'urticaire. J'ai vu, et Hardy l'avait déjà signalé, l'urticaire œdémateuse envahir exclusivement les deux mains, se caractérisant par la sensation de prurit urticant et par sa disparition en quelques heures. J'ai été témoin, il y a deux ans, d'un fait d'urticaire géante dont la saillie blanchâtre, œdémateuse, à peine cerclée d'un mince liséré rougeâtre, formait sur la peau de l'abdomen une tumeur ovalaire, bombée, large de 10 centimètres, et dont le grand diamètre atteignait près de 15 centimètres. Elle avait apparu brusquement, quelques heures après un violent accès de colère. La malade, en ce moment en pleine période menstruelle, était une femme de vingt-six ans, très nerveuse, rhumatisante et gastralgique. Cette éruption ortiée, caractérisée par cette élevure unique, avait eu lieu à cinq heures de l'après-midi et le lendemain matin avait complètement disparu.

La saillie de l'urticaire s'affaisse rapidement, et le plus souvent après quelques heures on n'en trouve plus de traces. Cependant lorsque la congestion œdémateuse a été assez intense, lorsque

(1) *Uticaria tuberosa*, par le Dr Fouquet de Kreuznach. Communication à la Société de médecine de Berlin, *Berliner Klinische Wochenschrift*, août 1865, p. 337.

sa durée s'est prolongée, on constate une légère desquamation. Une vésicule, et même une bulle remplie de sérosité limpide, peut se produire exceptionnellement sur l'élevure et survivre à son affaissement *(urticaire miliaire, vésiculeuse, bulleuse)*.

La congestion de l'exanthème ortié peut être hémorragique *(purpura urticans*, de Willan et de Rayer). Le pourtour de l'élevure œdémateuse forme une auréole violacée, un cercle ecchymotique, qui persiste après l'éruption et ne disparaît qu'au bout de plusieurs jours, après avoir passé par les teintes variées et décroissantes des éruptions purpuriques. Cette complication est presque spéciale aux arthritiques, si disposés aux hémorragies par leur état constitutionnel; les causes débilitantes de toutes natures peuvent apporter leur contingent à cette prédisposition.

*Siège.* — L'éruption débute habituellement par la face interne des bras ou des cuisses, le cou, la face, les épaules, la région lombaire; d'autres fois elle envahit simultanément ou successivement toutes les régions du corps.

Le plus souvent limitée à la peau, elle s'étend parfois aux muqueuses. Cet exanthème forme des macules et des plaques, d'un rouge plus ou moins intense, sur la muqueuse buccale de la face interne des lèvres et des joues. La langue peut être fluxionnée; la luette, quand elle est atteinte, devient œdémateuse; la muqueuse nasale peut être prise et gonflée par l'éruption ortiée.

Dans un cas d'urticaire généralisée, d'apparence grave, survenue peu de temps après l'ingestion d'une assez grande quantité de moules, j'ai vu toute la muqueuse de la cavité buccale et la membrane de Schneider tuméfiées et d'un rouge violet. L'angoisse extrême de la malade, sa respiration sifflante, rappelant celle de l'œdème de la glotte, et son état presque asphyxique, indiquaient que la fluxion s'était faite également sur la muqueuse du larynx. Des faits analogues ont été signalés par les auteurs.

Dans un très intéressant mémoire sur les *endermoses*, Noël Guéneau de Mussy (1) rapporte des observations d'après lesquelles il pourrait y avoir non seulement concordance, mais aussi alternance entre l'éruption cutanée et les fluxions ortiées des mem-

(1) *Considérations sur les endermoses ou affections herpétiques internes*, in *France médicale*, nos 17 et suivants, 1879.

branes muqueuses. Poussant plus loin l'induction, le savant médecin de l'Hôtel-Dieu se demande si, au lieu d'apparaître comme une dépendance de l'exanthème, l'urticaire ne peut pas se localiser d'emblée et *exclusivement* sur le tégument interne. Il est porté à le croire et à lui attribuer certaines affections passagères des organes tapissés par des membranes muqueuses, tels que les bronches, l'estomac, l'intestin, etc.

*Anatomie pathologique.* — Les signes cliniques feraient croire à une fluxion, à une simple congestion passagère dont la délitescense se fait en deux ou trois heures, souvent même plus rapidement. Il y a plus qu'une congestion : le trouble de la circulation locale, soudainement presque arrêtée, amène un œdème aigu dont on trouve les traces.

En faisant, pendant la vie, la section d'une tranche d'une élevure d'urticaire, on peut avoir des coupes histologiques semblables à celles que je mets sous vos yeux : l'une a été préparée dans mon laboratoire, et je dois l'autre à M. le docteur Poncet (de Cluny).

Sur ces préparations micrographiques, que j'ai montrées à la Société médicale des hôpitaux (1), il est facile d'analyser tous les détails de la lésion éphémère et de se faire une idée de sa pathogénie.

On voit les vaisseaux des réseaux superficiels et profonds du derme dilatés et gorgés du sang, sans altération de leurs parois. Ils sont entourés, ainsi que les lympathiques, d'une grande quantité de leucocytes, A et B. Ceux-ci sont répandus abondamment dans toute l'épaisseur du derme; en certains points ils forment des groupes, des amas, comme on le voit sur le dessin aux endroits indiqués par les lettres C et C'. Beaucoup sont isolés entre les mailles du tissu conjonctif. On en aperçoit quelques-uns entre les cellules épithéliales de la couche profonde de l'épiderme D et D'.

Ici l'épiderme paraît tout à fait normal. Il subit des altérations analogues à celles des lésions vésiculeuses, dans les cas exceptionnels où il y a formation d'une vésicule sur l'élevure d'urticaire.

(1) Communication sur l'anatomie pathologique de l'urticaire. (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 25 juillet 1879).

Sur la pièce que j'ai recueillie, j'ai fait une coupe de cette lésion compliquant l'urticaire, et je l'ai fait représenter sur ce dessin (fig. 2). La vésicule contenait un liquide séreux, albuminoïde et

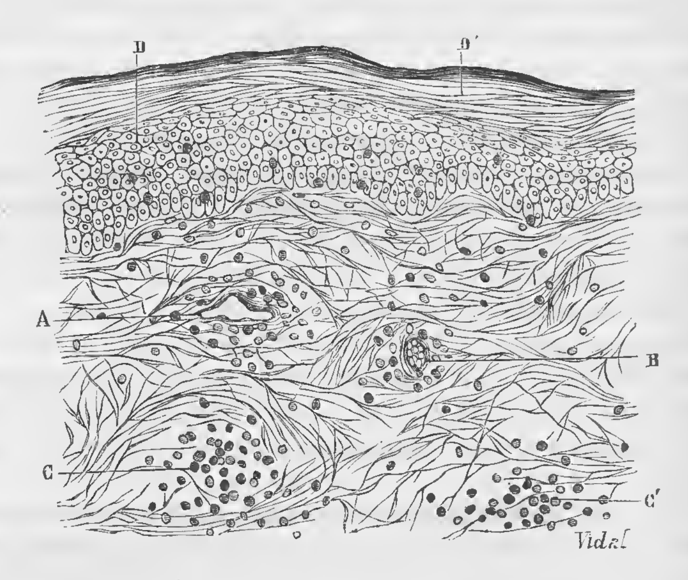



Fig. 1. — *Coupe d'une élevure d'urticaire.*

A. Vaisseau lymphatique entouré de leucocytes. — B. Vaisseau sanguin entouré de leucocytes. — C, C'. Amas de leucocytes dans le tissu conjonctif du derme. — D, D'. Leucocytes en migration dans la couche profonde de l'épiderme.

des débris de cellules épithéliales. Les cellules de la couche moyenne, aux dépens de laquelle s'était fait le soulèvement, étaient, pour la plupart, vésiculeuses. Les cellules de la couche profonde étaient troubles et granuleuses. Les leucocytes en migration entre les cellules de la couche profonde de l'épiderme étaient plus nombreux que dans la première préparation (fig. 1).

De ces données, fournies par l'anatomie pathologique ne peut-on pas déduire le processus de l'urticaire ? Chez un sujet prédisposé, qu'une cause, interne ou locale, vienne exciter l'action des nerfs vaso-moteurs, cette excitation sera aussitôt suivie de la contraction des capillaires cutanés ; puis, bientôt après, de leur parésie et de leur congestion, avec ralentissement de la circulation. De là, au centre de la lésion, la diapédèse des leucocytes et

la suffusion séreuse, l'œdème aigu se traduisant par une saillie blanchâtre.

On peut produire artificiellement une lésion d'apparence analogue, une sorte d'œdème aigu, en injectant dans l'épaisseur du

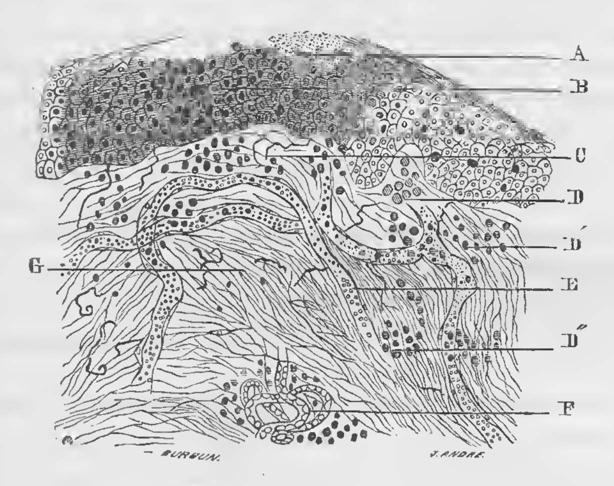



Fig. 2. — *Coupe d'une élevure d'urticaire surmontée d'une vésicule.*

A. Débris de la vésicule. — B. Cellules épithéliales sous-jacentes dont les plus superficielles sont en partie vésiculeuses et dont les autres sont troubles. On voit quelques leucocytes entre les cellules épithéliales. — C. Filets nerveux, non altérés. — D, D/, D//. Leucocytes autour des vaisseaux et dans le tissu du derme. — E. Vaisseau lymphatique dilaté. — F. Glande sudoripare. — G. Tissu conjonctif et fibres élastiques.

derme quelques gouttes d'eau au moyen de la seringue de Pravaz, ou encore en les faisant pénétrer avec le jet filiforme de l'appareil à aquapuncture.

Que deviennent les leucocytes sortis, par diapédèse, de leurs vaisseaux ? Sont-ils résorbés sur place, ou bien plutôt ne suivent-ils pas un courant migrateur qui les entraînerait vers la couche cornée de l'épiderme, donnant ainsi raison à la théorie de Biesadecki sur les cellules migratrices ? C'est ce qui est probable, mais on ne saurait encore le démontrer péremptoirement.

*Marche, durée.* — Rarement précédée de malaise général et d'un mouvement fébrile, l'apparition de l'urticaire est ordinairement inopinée et soudaine. Les élevures dont la durée individuelle est, au plus, de deux ou trois heures, se montrent par poussées successives sur diverses régions du corps. L'exanthème cesse

complètement en moins d'une semaine. C'est l'*urticaire aiguë* (*urticaria evanida*). Après une durée d'un à trois jours, se prolongeant rarement jusqu'à six et sept jours, toute éruption a disparu. Mais chez un bon nombre de sujets, et plus spécialement chez des hystériques, des névropathes dyspeptiques, très souvent chez des arthritiques, sous l'influence d'une cause occasionnelle, de l'ingestion de certaines substances, de toute cause excitatrice du système nerveux, et même sans cause externe immédiatement appréciable, on voit l'éruption reparaître, récidiver à chaque instant, et l'affection s'établir en permanence. C'est l'*urticaire chronique*, urticaire récidivante, *urticaria perstans* de Willan et Bateman, le *cnidosis* de Bazin qui, comme vous le savez, restreint à la forme chronique la dénomination générique employée par Alibert.

C'est alors une dermatose des plus rebelles à la thérapeutique, dont la durée est souvent de plusieurs années, et parfois même se continue pendant toute la vie.

Les diverses variétés d'éruption admises par les auteurs: *discreta, conferta, gyrata*, etc., que nous avons vues n'être que des modalités de la lésion élémentaire, se rencontrent aussi bien dans l'urticaire chronique que dans l'urticaire aiguë. C'est pour cette raison qu'établissant notre division d'après ces différences de la marche et de la durée, si caractéristiques et si importantes au point de vue du pronostic et du traitement, nous n'admettons que deux variétés de l'urticaire :

1° L'urticaire aiguë;

2° L'urticaire chronique.

*Étiologie*. — L'urticaire aiguë est toujours provoquée par une cause externe, agissant soit directement sur le tégument, soit indirectement en excitant, par action réflexe ou par l'intermédiaire de la circulation, le système vaso-moteur.

L'urticaire chronique est toujours subordonnée à une cause interne : c'est en vertu d'une disposition générale, d'un état constitutionnel, qu'on voit apparaître et récidiver l'éruption. Je n'ai pas à dire combien seront actives alors les causes occasionnelles d'origine externe. Elles ne sont pas indispensables à la poussée ortiée, et chez certains sujets on la voit survenir sans qu'une excitation de la peau, sans que l'ingestion d'aucune des substances qui la provoquent souvent puissent être incriminées.

Nous diviserons donc les causes en externes et en internes.

1° Les *causes externes* peuvent être directes ou indirectes.

*a*) Les causes *directes* (urticaire artificielle ou provoquée directe de Bazin) sont, en premier lieu, les piqûres d'orties qui réalisent le prototype de la lésion ; les piqûres produites par les poils de certaines chenilles (chenilles processionnaires): le contact des orties de mer (actinies et méduses) ; les piqûres des punaises, des cousins *(culex pipiens)*. Au centre de l'élevure provoquée par ces insectes, on voit un point dont la coloration plus foncée indique le siège de la piqûre.

Chez certains individus, à peau très excitable, chez les hystériques, et surtout chez les individus en proie à l'urticaire chronique, il suffit des moindres frottements, de l'impression des plis de vêtements et, à plus forte raison, du grattage avec les ongles, pour provoquer l'éruption.

*b*) Les causes *indirectes* (urticaire pathogénétique ou provoquée indirecte de Bazin) sont le plus souvent l'ingestion de certaines substances alimentaires ou médicamenteuses. Parmi les aliments, nous trouvons surtout : les moules, les huîtres, dont l'action pathogénétique semble plus active à l'époque du frai ; la langouste, le homard, les écrevisses, la viande de porc, les champignons, les fraises, etc., et, pour certaines personnes, tous les aliments qu'elles digèrent mal.

Certains médicaments, tels que le copahu, le cubèbe, la térébenthine, etc., qui déterminent le plus habituellement un érythème papuleux, peuvent aussi donner lieu à l'urticaire. Les injections hypodermiques de morphine sont quelquefois suivies d'une éruption ortiée plus ou moins généralisée.

La ponction capillaire d'un kyste hydatique non adhérent à la paroi abdominale, sa rupture spontanée dans le péritoine est presque immédiatement suivie d'une abondante éruption ortiée. Deux fois jai vu cette éruption durer près de 48 heures à la suite de ponctions capillaires de kystes hydatiques du foie. J'ai injecté du liquide provenant de ces kystes dans le péritoine de lapins et de cobayes, je n'ai pu réussir à provoquer l'urticaire. Je me propose de renouveler cette expérience sur des animaux d'une autre espèce.

D'après Finsen (1), l'apparition d'une urticaire, la plus simple et la plus positive, chez un individu atteint de kyste hydatique, même en l'absence d'ascite ou de péritonite, indique qu'il y a eu chez ce malade une rupture de la poche hydatique, soit dans la plèvre, soit dans le péritoine. Ce serait, pour les médecins scandinaves, un signe diagnostique d'une valeur presque absolue.

Dans une note luc à l'Académie de médecine, le 25 mai 1880, *sur la rupture intrapéritonéale des kystes hydatiques et du traitement qu'elle comporte dans certains cas,* Féréol insiste sur l'importance de ce symptôme, bien manifeste sur le sujet de son observation.

Comment expliquer, autrement que par une action réflexe, l'urticaire provoquée par une indigestion. N'est-ce pas aussi la seule interprétation plausible du fait très intéressant observé par de Ranse *(Gazette médicale,* 1875*)* : un individu, en buvant un verre de bière, avala une guêpe qui piqua l'œsophage. Cette piqûre fut suivie d'une urticaire généralisée. Ce serait encore la seule explication à donner des cas d'urticaire survenant à la suite d'applications de sangsues sur le col utérin (Scanzoni (2) et G. Léopold) (3) si l'éruption n'avait pas été précédée d'un mouvement fébrile.

2° *Causes internes.* Un mouvement fébrile, un accès de fièvre intermittente palustre (fait rare observé par Zeissl) (4), peuvent être la cause occasionnelle d'une poussée d'urticaire. Il n'est pas très rare de l'observer comme complication de l'ictère, au même titre que le prurigo. Les émotions vives, la joie, la frayeur, la colère peuvent la provoquer chez les sujets nerveux et irritables.

De toutes les causes qui peuvent produire la forme chronique, les deux plus fréquentes sont, sans contredit, l'arthritis et l'hystérie. C'est ainsi qu'on l'observe souvent en relation avec les dyspepsies, avec la migraine, les névralgies. Chez les femmes, les affections de l'utérus, la congestion, la métrite chronique, les troubles de la menstruation (Hebra et Scanzoni) doivent être comptés dans l'étiologie de l'urticaire chronique.

(1) Jòn Finsen. *Les échinocoques en Islande,* traduction in *Archives gén. de méd.*, 1869, VIe série, t. XIII, p. 23.

(2) *Wurzb. medicin. Zeitschrift,* 1862.

(3) *Arch. f. gynækol. Bd VII.*

(4) *All. Wiener med. Zeit.* et *Viertelj. f. dermat. u. syph.*, 1879, n° 4.

*Pronostic.* — A part quelques faits exceptionnels, l'urticaire aiguë est une affection fort bénigne. L'urticaire chronique n'a de gravité que par sa durée et sa résistance aux moyens thérapeutiques. Elle se prolonge pendant des années, parfois même persiste durant toute la vie.

*Traitement.* — L'urticaire aiguë abandonnée à sa marche naturelle guérit rapidement. On peut abréger sa durée, calmer le prurit, parfois insupportable, par des lotions avec une éponge imbibée d'eau additionnée, par verrée, de deux cuillerées de vinaigre ou d'alcool. La peau est ensuite saupoudrée d'amidon.

Je prescris souvent une lotion composée de :

| | | |
|---|---|---|
| Chloral hydraté. . . . . | 5 | grammes. |
| Hydrolat de laurier-cerise. . | 50 | — |
| Eau distillée . . . . . . | 200 | — |

Les bains vinaigrés tièdes, presque frais, d'une durée très courte, de 15 à 20 minutes, sont souvent utiles. Un régime doux, une alimentation légère et des boissons acidulées sont les moyens diététiques qui conviennent le mieux.

Si l'éruption, très intense, envahit jusqu'aux muqueuses nasales et laryngées, si vous la voyez se compliquer de phénomènes spasmodiques et donner lieu à des accès de suffocation, vous trouverez un agent promptement efficace dans l'éther administré en sirop, en potion ou sous forme de gouttes d'Hoffmann.

Dans le traitement de l'urticaire chronique, la première indication est de régler sévèrement le régime, d'en exclure toutes les substances qui peuvent être une cause occasionnelle de poussée ortiée. On ne doit pas oublier que presque tous ces malades sont des arthritiques et des névropathiques souffrant de dyspepsie stomacale ou intestinale. De là l'indication d'administrer des alcalins; à ce titre, les eaux de Vals ou celles de Vichy seront souvent très utiles.

Malgré l'attention apportée au régime, malgré les traitements dirigés contre la dyspepsie, malgré encore l'amélioration ou la guérison de certains états pathologiques en relation pathogénétique avec l'urticaire, vous verrez l'éruption récidiver et l'affection durer des mois et des années. Bien des médicaments ont été essayés; parmi eux l'arsenic, que désignait son action physio-

logique sur le système vaso-moteur, et qui semblerait devoir réussir au moins dans les formes décrites par Bazin sous les noms d'urticaire herpétique (*cnidosis dartreux*), échoue le plus souvent.

Le sulfate de quinine, administré à doses assez élevées pour produire des phénomènes physiologiques, tintements d'oreilles, etc., compte des succès, non seulement lorsque l'éruption paraît intermittente, mais encore dans toutes les formes de l'urticaire chronique. Je préfère le bromhydrate de quinine qui est mieux toléré par les dyspeptiques ; je lui dois quelques guérisons. En faisant prendre, pendant 15 jours consécutifs, une dose quotidienne de 50 à 60 centigrammes, on obtient le plus souvent une amélioration qu'on peut rendre définitive en revenant à deux ou trois reprises au traitement.

Tout récemment on a vanté les bons effets du sulfate d'atropine à la dose de 1 milligramme par jour (Dr Schwimmer) et le salycilate de soude dans la proportion de 3 à 5 grammes (Dr Pietrzycki). L'action bien connue de ce dernier médicament contre les douleurs arthritiques le rapproche des sels de quinine dont l'efficacité, comme je vous l'ai dit, est bien prouvée.

Les eaux minérales qui conviennent le mieux à la cure de l'urticaire chronique sont les eaux calmantes, celles auxquelles on envoie les arthritiques nerveux : Plombières, Wildbad, Ragaz-Pfeffers, Bagnères-de-Bigorre. Cette dernière station thermale possède, comme vous le savez, deux sources dont l'action sédative est renommée : la source de Salut et celle du Foulon.

---

III

# MÉMOIRE SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

par **CHARLES MAURIAC**, médecin de l'hôpital du Midi.

---

Il n'est pas encore admis en pathologie syphilitique que des lésions, se rattachant directement à la maladie constitutionnelle, puissent se développer dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux, immédiatement après l'évolution chancreuse ou du moins dans la première phase de l'intoxication. Aucun traité de syphiligraphie et de dermatologie, parmi les plus complets et les plus modernes, ne contient de chapitre ou même de réflexions, se rattachant de près ou de loin au sujet que je vais traiter.

J'avais entrevu depuis longtemps la probabilité et la possibilité de ces lésions, et j'en avais poursuivi la recherche en recueillant, à des intervalles souvent fort éloignés, les cas rares qui se présentaient à mon observation.

Parmi ces cas, il en est un que j'ai publié en 1874, et qui a fait l'objet de mon travail intitulé: *Cas de syphilis gommeuse précoce et réfractaire à l'iodure de potassium.* La première tumeur apparut dans le tissu cellulaire sous-cutané dix semaines après le début du chancre.

Mais ce n'est pas toujours sur la forme concentrée et arrondie de la gomme pour ainsi dire classique, que se formulent les déterminations de la syphilis dans le tissu conjonctif. On voit d'autres variétés de néoplasie spécifique s'y produire: tantôt au hasard et sur quelque points isolés ou dans des régions similaires et symétriques; tantôt un peu partout, sur le tronc et sur tous les membres, successivement ou à la même époque et avec ce caractère de généralisation que présentent les syphilides

résolutives et superficielles de la première période dont les deux principaux éléments générateurs sont l'érythème et la papule.

Les cas que j'ai rencontrés depuis dix ans sont peu nombreux, surtout si on les compare à d'autres de même ordre et de même date dans l'évolution diathésique, que j'ai recueillis pour mes études sur les affections syphilitiques précoces du système osseux et des centres nerveux.

N'y a-t-il pas lieu d'être surpris d'une pareille rareté? La syphilis, en effet, envisagée au point de vue de l'anatomie pathologique, n'est-elle pas essentiellement et exclusivement une maladie de la substance conjonctive? N'est-ce pas un de ses traits les plus caractéristiques de ne s'attaquer jamais, primitivement et d'une manière directe, aux éléments individuels et spécifiques des organes, à ceux qui naissent aux dépens des feuillets interne et externe du blastoderme? Son lieu d'élection pour le travail morbide qu'elle suscite au sein des tissus les plus simples ou les plus complexes dans leur structure, n'est-il pas constamment, partout, et à toute les époques de son processus, la trame conjonctive vasculaire qui émane du feuillet moyen blastodermique?

Eh bien, dès lors, comment se fait-il que le tissu connectif, si abondamment répandu au-dessous de la surface cutanée, ne soit pas plus souvent le siège de ces déterminations qui se produisent avec une si grande fréquence dans des organes beaucoup moins riches en substance conjonctive?

Pourquoi les déterminations gommeuses ou autres ne surviennent-elles, habituellement dans le tissu cellulaire sous-cutané qu'à une époque fort éloignée de l'accident primitif? N'est-il pas étonnant de voir, par exemple, les centres nerveux attaqués parfois d'une façon irrémédiable dès le 2ᵉ ou 3ᵉ mois de la syphilis, eux qui, cependant, n'ont aucune connexion avec la peau ni avec les muqueuses, théâtre obligé des premières manifestations, tandis que le tissu cellulaire qui leur est uni par les liens vasculaires et nerveux les plus étroits reste intact ou n'est atteint qu'aux phases ultimes de la maladie constitutionnelle?

Je ne me chargerai pas d'expliquer ces singularités. Mais il m'a semblé que plus les phénomènes dont je vais m'occuper étaient exceptionnels et rares, plus ils méritaient une étude approfondie.

Aussi n'est-ce qu'après de longues et patientes recherches sur cette question toute nouvelle que je me décide à écrire ce mémoire.

## PREMIÈRE PARTIE.

### EXPOSITION DES FAITS.

Nous ne possédons aucun document sur le sujet que je vais traiter. Il est donc indispensable d'exposer avec détails, d'analyser et de commenter les faits inédits qui lui servent de base clinique et qui tous ont été recueillis par moi.

On peut les diviser en plusieurs séries. La première comprendra les cas où la néoplasie syphilitique sous-cutanée est diffuse, confluente sur certains points et présente les caractères de généralisation propres aux exanthèmes.

### 1re SÉRIE

#### NÉOPLASIES SOUS-CUTANÉES SYPHILITIQUES PRÉCOCES. — ÉRYTHÈME NOUEUX SYPHILITIQUE.

I

Obs. 1. *Syphilis chez une dame âgée de trente-huit ans, n'ayant eu comme antécédent arthritique qu'un rhumatisme articulaire à l'âge de seize ans. — Au 4e mois 1/2 de la contamination, troubles constitutionnels suivis d'une syphilide papuleuse confluente.*

*En même temps, apparition, sur tous les points du corps, mais principalement aux membres, dans le tissu cellulaire sous-cutané, de nodosités et de plaques hyperplasiques, les unes libres, les autres adhérentes au derme ou intra-dermiques. Processus actif et inflammatoire de ces dernières, sous forme d'érythème noueux. — Guérison de la première poussée, puis retour des papules et des néoplasies.— Douleurs névralgiformes et musculaires variées. — Iritis. — Plus tard, céphalées violentes; enfin larges plaques syphilitiques circonscrites. — Aucune lésion sur les muqueuses.*

En mai 1879, je fus appelé auprès d'une dame que son médecin ordinaire croyait atteinte de prurigo, quoiqu'elle n'éprouvât aucune démangeaison à la peau. L'affection cutanée dont elle était atteinte datait environ de six semaines et avait débuté dans les premiers jours du mois d'avril, après avoir été précédée pendant huit ou dix jours, de violents maux de tête, s'exaspérant pendant la nuit, de petits frissons revenant tous les soirs et d'une altération vague, quoique très sensible, de la santé générale. L'éruption qui était constituée par de petits boutons, s'était faite par poussées successives; elle avait commencé par se montrer sur la face, principalement au front et au

menton, puis elle avait envahi peu à peu tout le corps sans causer aucun trouble de la sensibilité.

Quand je vis madame X. pour la première fois, il ne me fut pas difficile de diagnostiquer une syphilide papuleuse confluente. Les papules qui recouvraient le front formaient à la racine des cheveux une longue et large zone de papules réunies en plaques. Le menton, le cou et le tronc étaient comme le front le siège d'une éruption papuleuse confluente dont les papules variaient d'âge et de degré : les unes étaient anciennes et s'affaissaient, les autres rouges et acuminées étaient récentes ; quelques-unes avaient leur sommet surmonté d'une vésicule. Aux membres, l'éruption était moins confluente ; les papules ne devenaient nombreuses qu'au niveau des articulations, dans le sens de la flexion. Partout entre les papules, la peau était rouge et érythémateuse.

La fièvre avait disparu ou ne revenait qu'à de rares intervalles et le soir ; mais les maux de tête persistaient et étaient continus, avec des redoublements nocturnes. Insomnie. Aucune lésion du côté des muqueuses. L'accident primitif avait passé complètement inaperçu.

J'avais été appelé auprès de la malade par un monsieur qui avait la certitude de lui avoir communiqué la syphilis, à une époque où il ne s'en croyait pas atteint. En effet, il n'avait eu le 10 novembre 1878 (34 jours après un coït suspect) que quelques petites érosions sur la verge, qu'on avait regardées comme herpétiques, et, depuis, il ne lui était survenu aucun accident syphilitique ni sur la peau, ni sur les muqueuses, ou du moins, il ne s'en était pas aperçu. Mais une alopécie qui lui dépouilla tout le crâne fut un trait de lumière et lui révéla tout à coup la nature de sa maladie et de celle qu'il avait communiquée, dans les derniers jours de novembre 1878. Madame X. n'avait eu depuis longtemps d'autres rapports qu'avec lui et à cette date. Cette digression étiologique a pour but de montrer les différences qui existent souvent entre deux syphilis dont l'une provient directement de l'autre. M. X. n'a jamais eu jusqu'à présent, en fait d'accident appréciable, que de l'alopécie ; tandis que madame X., comme on va le voir, a été atteinte de manifestations multiples et sérieuses.

C'est une femme de beaucoup d'embonpoint, âgée d'environ trente-six à quarante ans, dont la santé a toujours été assez bonne. Elle a eu cependant vers l'âge de seize ans un rhumatisme articulaire généralisé ; mais, depuis, il ne s'est produit aucune détermination rhumatismale soit sur les jointures soit ailleurs. Quand je l'examinai pour la première fois, elle n'était sérieusement malade que depuis quatre ou cinq semaines, et l'intoxication ne pouvait pas remonter au delà de six mois.

Voici maintenant les particularités les plus intéressantes de ce fait :

Outre la syphilide papuleuse, il existait chez madame X., sur les membres supérieurs et inférieurs principalement, mais aussi, sur quelques parties du tronc, une véritable éruption de tumeurs et de plaques sous-cutanées dont les unes adhéraient à la peau et dont les autres roulaient sous le doigt et étaient sans aucune connexion avec le tégument ou les aponévroses sous-jacentes. Parmi ces néoplasies les unes étaient arrondies, les autres ovalaires ou à contours irréguliers, et disposées en nappes. Les plus petites avaient le volume d'une noisette ; les plus étendues mesuraient 4 ou 5 centimètres carrés.

1° *Nodosités.* Les nodosités sous-cutanées, irrégulièrement disséminées sur les bras, où elles étaient plus nombreuses qu'ailleurs, formaient des

tumeurs rondes dont les unes étaient entièrement libres dans le tissu cellulaire sous-cutané, dont les autres adhéraient plus ou moins à la peau. Suivant l'étendue et le degré de l'adhérence, la peau était intacte ou présentait une rougeur sombre et violacée à ce niveau. La pression sur ces nodosités excitait une assez vive douleur. Elle ne siégeaient point le long des vaisseaux lymphatiques. Du reste, le système lymphatique, exploré avec soin sur tous les points du corps, ne présentait pas de cordons noueux, et les ganglions n'excédaient pas le volume qu'on leur trouve dans les cas ordinaires de syphilis.

2° *Plaques.* Quelques-unes, mais c'était le plus petit nombre, n'adhéraient pas à la peau. La plupart semblaient faire corps avec les parties profondes du derme par leur face externe, et plongeaient plus ou moins profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elles mesuraient en moyenne 2 ou 3 centimètres d'épaisseur.

Leur présence causait à la surface de la peau des élevures sans contours précis, en général ovalaires ou irrégulièrement arrondies. A leur niveau, la peau était tendue, luisante, d'un rouge violacé et d'une teinte comme ecchymotique qui ne disparaissait pas sous la pression du doigt. Leur consistance était dure, mais avec un caractère œdémateux sur les bords, que ne présentaient pas les nodosités, lesquelles étaient uniformément résistantes et circonscrites avec netteté. Sur quelques-unes de ces plaques les moins adhérentes, il n'y avait aucune altération de couleur ou bien la teinte était très légèrement rosée et disparaissait par la pression.

Quelques-unes de ces suffusions étaient remarquables par leur étendue et l'acuité de leur processus. Ainsi, à la surface interne du coude droit, il en existait une qui avait 4 ou 5 centimètres carrés et qui était dure, tendue, violacée comme un petit phlegmon. Plus tard il en survint une semblable sur le coude gauche.

Il faut noter, en effet, l'espèce de symétrie que l'éruption néoplasique sous-cutanée présentait de chaque côté du corps, sur le tronc et sur les membres.

Le nombre des tumeurs était d'environ 50 à 60 en tout. Les plaques étaient plus abondantes que les nodosités sur les extrémités inférieures. Plaques et nodosités s'étaient formées par poussées successives.

Ainsi, pour résumer cette longue description, il existait dans le tissu cellulaire sous-cutané des néoplasies dures sous forme de nodosités et de plaques adhérentes ou non adhérentes à la peau. Les premières ressemblaient exactement à des tumeurs gommeuses et les secondes à des plaques d'érythème noueux. Elles s'étaient développées successivement, en même temps que la syphilide papuleuse confluente, vers le 4e ou 5e mois de l'intoxication.

Je fis administrer d'emblée 15 centigrammes de proto-iodure d'hydrargyre et 2 grammes d'iodure de potassium. Cette médication fut bien tolérée, et six jours après ma première visite, il s'était déjà produit une amélioration très grande. Ainsi, les maux de tête avaient disparu; le sommeil était revenu et les boutons, surtout ceux de la face, étaient moins proéminents et moins rouges. Mais les nodosités et les suffusions plastiques, dermiques et sous-cutanées restaient dans le même état. Ce ne fut qu'au bout de 15 jours de traitement qu'un mieux notable se manifesta dans ces néoplasies. Les douleurs dont elles étaient le siège diminuèrent, les rougeurs ecchymotiques pâlirent un peu et prirent une teinte jaunâtre, et, chose plus digne d'intérêt,

les plaques adhérentes à la peau s'en détachèrent peu à peu, sur leur pourtour. Quelques-unes même, au bras droit, en avant, devinrent tout à fait libres dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Au 20[e] jour du traitement, la guérison fit des progrès vraiment extraordinaires, et, en une semaine, la syphilide papuleuse disparut presque complètement sur toute la surface du corps ; les nodosités et les plaques dermiques et sous-cutanées résistèrent plus longtemps.

Madame X... était à peu près guérie de cette poussée violente d'accidents syphilitiques, lorsque vers le milieu de juin, malgré la médication qui avait été continuée aux mêmes doses, des douleurs névralgiques survinrent dans le front du côté droit, avec irradiations intermittentes temporo-occipitales. Le lendemain, une iritis à forme inflammatoire des plus vives se déclara et je fus obligé pour la combattre, de recourir à un traitement antiphlogistique et dérivatif très énergique. La guérison ne fut obtenue qu'au bout de 15 jours, et encore restait-il un peu de synéchie dans la moitié supérieure de l'iris avec déformation notable de l'ouverture pupillaire. Peu à peu, mais assez rapidement, les instillations répétées d'un collyre au sulfate atropine et le traitement spécifique poussé avec vigueur en firent justice et l'œil et la vision revinrent à leur état naturel.

Mais pendant la durée de l'iritis, l'éruption papuleuse avait refleuri sur quelques parties et de nouvelles nodosités s'étaient reproduites aux membres supérieurs et inférieurs. De plus la malade éprouvait de nouvelles douleurs névralgiformes tout le long du bras et de l'avant-bras du côté droit, ainsi que dans la nuque (deuxième mois et demi des accidents, sixième mois de l'intoxication).

Après avoir disparu pendant le mois de juillet, les papules et les nodosités se reproduisirent dans le courant du mois d'août, mais sous une forme beaucoup plus atténuée que dans les attaques précédentes. A cette époque, la malade fut prise de céphalées atroces qui éclataient principalement pendant la nuit ; elles persistèrent avec une opiniâtreté désespérante pendant 15 jours, en dépit de fortes doses d'iodure de potassium que je faisais prendre.

Enfin, à la longue, ces manifestations multiples finirent par disparaître et la santé de madame X... se rétablit tout à coup en septembre. Mais en octobre (7[e] mois des accidents constitutionnels), huit ou dix plaques syphilitiques cutanées, larges comme une pièce de cinq francs en argent, à bords épais et squameux, plus élevés que le fond, poussèrent sur le tronc, les bras et les fesses, et des papules lenticulaires envahirent le front et la partie antérieure de la face. Les nodosités et les sulfusions sous-cutanées ne se reproduisirent pas.

Il serait inutile de décrire ici cette nouvelle phase de la maladie constitutionnelle. Qu'il me suffise de dire qu'en mars et avril 1880, madame X... était complètement guérie. Il est fort probable cependant que cette grave syphilis n'a pas dit son dernier mot et qu'elle donnera lieu à de nouveaux accidents. Une de ses singularités, c'est que, malgré la confluence, l'intensité et le nombre de déterminations sur le tégument externe et sur le tissu cellulaire sous-cutané, les muqueuses n'ont jamais été touchées. J'ai suivi toutes les péripéties de la maladie pendant une année, et à aucun moment, je n'ai pu constater la moindre lésion dans la bouche, à l'isthme du gosier, à l'anus, ni aux parties génitales.

Quelles sont les conséquences qu'on doit tirer d'un pareil fait ?

Certes il ne viendra à l'idée de personne de contester la nature syphilitique des éruptions cutanées, des céphalées, des douleurs névralgiformes brachiales, de l'iritis, etc. Il y a là un groupe de phénomènes empreints d'une telle spécificité dans leur forme, dans leur processus, dans leur aptitude à subir l'action curative du mercure et de l'iodure de potassium, que le doute est impossible. Mais peut-être serait-on disposé à être moins affirmatif sur la question des nodosités et des néoplasies diffuses dermiques et sous-cutanées. Je vais au-devant des objections et je m'empresse de déclarer qu'il existe entre ces lésions et l'érythème noueux arthritique une grande ressemblance extérieure. Ainsi les suffusions les plus superficielles, avec leur sensibilité à la pression, leur teinte rouge sombre, violacée et ecchymotique, ne présentaient aucun caractère distinctif qui permît de les rattacher à la syphilis plutôt qu'au rhumatisme ou à une autre maladie constitutionnelle.

Mais il n'en était pas ainsi des nodosités sphériques, libres pour la plupart dans le tissu cellulaire sous-cutané et dont quelques-unes seulement adhéraient par un point de leur surface avec la face profonde du derme. Bien plus, il y avait aussi des plaques étendues qui pendant toute leur durée restèrent dégagées de toute connexion avec la peau et les aponévroses ou qui devinrent libres après avoir été adhérentes. Eh bien, je le demande, à quelle cause générale autre que la syphilis, pourrait-on les rapporter ? Ne trouvez-vous pas dans ces lésions morbides tous les attributs des productions gommeuses ? Quand je dis tous, je me trompe : il y en a un qui a constamment fait défaut ; c'est la régression nécrobiotique, ou le ramollissement de ces tumeurs. Elles se sont toujours terminées par résolution, et n'ont jamais montré aucune tendance à suppurer, malgré l'acuité des phénomènes inflammatoires. Mais cette propriété résolutive ne leur était-elle pas commune avec les autres manifestations contemporaines ? Les éruptions papuleuses confluentes et les larges plaques annulaires de la peau ne se sont-elles pas guéries sans laisser aucune cicatrice ? Du reste, il y a bien des gommes qui ne suppurent pas, même dans les phases plus avancées de la syphilis. Au début de l'intoxication, les produits morbides propres à cette maladie, quel que soit leur siège, quelle que soit leur configuration

spéciale, se résolvent presque toujours soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement spécifique. N'en est-il pas ainsi, par exemple, des périostoses et des exostoses bénignes qu'on observe fréquemment sur divers points du squelette pendant la période secondaire? Ces lésions en sont-elles moins syphilitiques, parce qu'elles n'aboutissent ni à la carie ni à la nécrose?

Parmi les circonstances intéressantes qu'a présentées l'histoire de cette maladie, il faut noter les douleurs. Outre les névralgies faciales et les céphalées nocturnes, elle a éprouvé des algies variées dans les membres et dans la nuque. Les unes étaient irradiantes et les autres avaient le caractère rhumatoïde. Nous les trouverons encore à un plus haut degré dans l'observation suivante, et nous rechercherons alors quelle est leur signification.

On pourrait invoquer en faveur de l'érythème noueux arthritique, la constitution rhumatismale de madame X... Il est vrai qu'elle n'avait eu qu'une seule attaque de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 16 ou 18 ans, c'est-à-dire plus de 20 ans auparavant. La syphilis n'aurait donc fait que réveiller la diathèse arthritique? N'aurait-elle joué, dans la production des néoplasies cellulo-dermiques, que le rôle d'une cause occasionnelle? J'ai peine à le croire. Je ne sache pas, du reste, que dans l'érythème noueux commun, rhumatismal, on observe des nodosités, des plaques dures libres de toute adhérence dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Toutes les raisons que je viens d'énumérer me portent à penser que les productions plastiques, dermiques et sous-cutanées, étaient une émanation directe de l'action syphilitique.

## II

L'observation suivante me paraît de nature à confirmer cette manière de voir.

Obs. 2. *Au cinquantième jour de chancres infectants balano-préputiaux, troubles constitutionnels graves : céphalée, fièvre quotidienne vespérale et nocturne, etc. Presque en même temps, tumeurs périostiques du crâne. Puis syphilide papuleuse discrète et érythème noueux à processus actif. L'érythème noueux qui a duré un mois était composé, au début, de larges plaques intra-dermiques, très nombreuses et d'une couleur rouge sombre, violacées et ecchymotiques. — Fièvre. — Plus tard, nodosités cutanées*

*et sous-cutanées indolentes, aphlegmasiques, libres dans le tissu cellulaire ou adhérant peu à la peau.*
*Parmi les troubles prodromiques, douleurs excessivement vives dans les membres, auxquelles l'éruption noueuse paraît avoir servi de crise.*
*Pas de rhumatisme; aucune autre maladie constitutionnelle que la syphilis. — Guérison rapide de la première attaque. — Au septieme mois, deuxième attaque de syphilide papuleuse, sans érythème noueux.*

Léon L..., âgé de 47 ans, serrurier, entra une première fois dans mon service, salle 8, pour des chancres syphilitiques balano-préputiaux multiples, compliqués de balano-posthite et de lymphopathie dorsale de la verge. Le coït infectant avait eu lieu le 2 janvier 1879, et cet accident primitif sérieux s'était déclaré 1 mois ou 5 semaines après, vers les premiers jours de février. Bonne santé habituelle. Jamais aucune maladie vénérienne ou autre.

Entré le 4 mars 1879, à l'hôpital du Midi, le malade en était sorti le 20 du même mois, guéri, et il n'avait encore eu aucun accident constitutionnel. Mais 5 ou 6 jours après sa sortie (50e jour environ des chancres), il fut pris de maux de tête, de douleurs vagues dans tout le corps, de perte d'appétit, de fièvre vespérale et de sueurs abondantes pendant la nuit. Au commencement d'avril, l'ulcération s'empara des indurations chancreuses cicatrisées et la balano-posthite se reproduisit. Puis des douleurs extrêmement violentes, avec exaspération nocturne, survinrent dans les jambes ; elles empêchaient le malade de marcher. Sur ces entrefaites, du 6 au 7 avril, il se fit pendant la nuit, dans la région externe de la jambe droite, une éruption de trois ou quatre tumeurs qui, dès le lendemain, étaient rouges et sont devenues depuis de plus en plus inflammatoires. A la jambe gauche, trois tumeurs de même nature poussèrent du 8 au 9 avril.

Le malade était rentré salle 8, nº 26, le 1er avril. Voici quel était son état le 10 avril (70e jour des chancres infectants) : la néoplasie primitive cicatrisée était maintenant en pleine activité ulcérative. Persistance de la lymphite dorsale. — Éruption sur la partie supérieure du tronc, mais seulement en arrière, de larges papules plates, très rouges et croûteuses à leur centre. — Rougeur, gonflement et infiltration plastique des piliers du voile du palais.

Dès le début des troubles constitutionnels, il s'était formé sous le cuir chevelu, à la région sincipitale, trois ou quatre bosses périostiques dont quelques-unes persistaient encore. C'était des élevures à base large, d'une consistance ferme, mais non osseuse. Elles étaient en voie de diminution.

Les tumeurs de la jambe droite occupaient sa face externe. A première vue, elles ressemblaient aux nodosités de l'érythème noueux, par leur couleur surtout, d'un rouge vif, violacé et ecchymotique; mais elles étaient beaucoup plus volumineuses, et l'amas dur de matières plastiques qui les constituait était deux ou trois fois plus étendu dans tous les sens que la tache cutanée. Elles siégeaient dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans l'épaisseur de la peau. Cette suffusion néoplasique était nettement circonscrite dans 3 ou 4 tumeurs et diffuse dans 2 ou 3 autres. — Douleur à la pression, un peu d'œdème périphérique. — Endolorissement général de la jambe, qui rendait la marche difficile et pénible.

Sur la jambe gauche, également à la partie externe, on sentait deux tumeurs sous-cutanées, de consistance un peu pâteuse, adhérentes à la peau,

mais insensibles à la pression, et très légèrement teintées de rose. Elles ressemblaient à des gommes au début, mais à des gommes d'un processus rapide.

Ces tumeurs dont le diamètre variait de 2 à 5 centimètres formaient une saillie de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres au-dessus des parties voisines; elles étaient résistantes, sans fluctuation. Leur masse isolée et à contours nets sur les bords et en dessous, pouvait être saisie entre les doigts.

Le malade avait un peu de fièvre et la langue blanche. Ce dont il se plaignait le plus, c'était de douleurs dans les membres. Aux membres supérieurs, elles étaient beaucoup moins violentes qu'aux membres inférieurs. Chose curieuse, ces douleurs avaient diminué de plus de moitié aux jambes, depuis l'apparition des tumeurs qui semblaient leur avoir servi de crise. Elles consistaient en une immense sensation de fatigue et de courbature permanente, sur laquelle se détachaient des irradiations douloureuses principalement nocturnes. — Rien du côté des articulations. — Amaigrissement notable depuis 1 mois. De temps en temps, surtout au début des troubles constitutionnels, sternalgie vive vers l'appendice xyphoïde.

Le 11 avril, je constatai qu'à côté des tumeurs de la jambe droite, il s'en était formé d'autres, petites, sous-cutanées, au nombre de 3 ou 4, grosses comme des pois, non adhérentes, et sans changement de couleur à la peau. En outre, il était poussé une nodosité sur le bras gauche et deux sur le bras droit, grosses comme des noisettes et adhérentes à la peau qui présentait à leur niveau une coloration d'un rouge vif. Les douleurs avaient été et étaient moins vives dans les bras que dans les jambes et là aussi plus intenses avant l'éruption qu'après. Sur la jambe gauche, à la partie supérieure de la face antérieure du tibia, nouvelle tumeur grosse comme une fève, sous-cutanée, adhérente à la peau, sans changement de couleur, sans connexion avec le périoste. Les deux tumeurs placées sur la face externe du même membre, avaient triplé de volume. Elles étaient étendues, d'un rouge vif et ecchymotique, douloureuses à la pression et constituées par une masse circonscrite de suffusion plastique; elles adhéraient à la peau, mais elles étaient indépendantes des tissus sous-jacents.

Toujours un peu de fièvre, vers le soir et surtout la nuit; inappétence complète; pâleur; moins de céphalalgie; processus ulcéreux des indurations balano-préputiales en pleine activité. — Diminution dans le volume des tumeurs périostiques crâniennes; même état de la gorge. (Le malade prenait de l'iodure de potassium et du sirop de biiodure ioduré, à doses modérées.)

16 avril (10e jour de l'érythème noueux). Deux nouvelles tumeurs avaient paru et on pouvait les saisir pour ainsi dire à leur état naissant : l'une était située à la face interne et inférieure de la cuisse droite; l'autre à la partie postérieure et moyenne de la gauche. Elles étaient encore pisiformes, roulaient sous le doigt et n'adhéraient pas à la peau. Diminution dans les douleurs des membres. Céphalalgie persistante, avec recrudescence le soir, à partir de 5 heures 1/2. Les premières tumeurs s'étaient élargies en diminuant d'épaisseur, étaient à peine douloureuses et tendaient à disparaître.

Du 16 au 19, il se produisit une amélioration notable dans l'état général et dans les accidents syphilitiques. Ainsi il y eut bien çà et là quelques nouvelles poussées de nodosités intra-dermiques ou sous-cutanées, mais elles restèrent petites et indolentes. — Diminution progressive dans les algies des

membres et de la tête. — Les ulcérations balano-préputiales commençaient à se cicatriser.

Du 19 au 23, le mieux continua à se produire; mais il s'effectuait encore çà et là de nouvelles poussées de nodosités. Seulement ces tumeurs, beaucoup plus calmes dans leur processus, n'avaient pas les caractères inflammatoires et douloureux qui avaient signalé l'apparition des larges plaques au début de l'érythème. Souvent il était nécessaire d'explorer avec le doigt les parties où elles siégeaient pour les découvrir. On sentait alors des boules de la grosseur d'une petite noisette, dures, à peu près indolentes, situées les unes dans l'épaisseur même de la peau qui ne présentait à leur niveau aucun changement de coloration; les autres, dans le tissu cellulaire sous-cutané; ces dernières étaient libres et n'adhéraient pas aux couches inférieures du derme.

Les larges suffusions en plaques de la première poussée étaient toutes en voie de résolution; elles semblaient se détacher peu à peu de la peau qui perdait à leur niveau la teinte rouge violacée et ecchymotique du début, pour en prendre une d'un jaune brun qui ne s'effaçait pas sous la pression.

30 avril (24e jour de l'érythème noueux). Les nodosités de la dernière poussée étaient au nombre d'une vingtaine, disséminées principalement sur les membres; mais on en constatait aussi sur le tronc, sur les épaules, le dos et les parois latérales de la poitrine. Elles avaient diminué de volume depuis leur apparition et conservaient toujours leur indolence aphlegmasique. Les plaques de la première poussée continuaient à se résoudre lentement. — Plus de fièvre; langue nette; appétit. — Lymphite de la verge et indurations balano-préputiales en voie de régression. — Ulcérations génitales cicatrisées.

Les jours suivants, tous les symptômes généraux ou locaux disparurent peu à peu; la convalescence fut franche et signalée par un appétit vorace. A mesure que les grandes plaques qui avaient été le siège d'une vive rougeur violacée et ecchymotique se fondaient, la peau, à leur niveau, se couvrait d'une légère desquamation furfuracée.

Le 7 mai (30e jour de l'érythème noueux), guérison complète. Le malade sortit sur sa demande.

Le 5 septembre 1879, il rentra de nouveau dans mon service. C'était alors le sixième mois révolu de la maladie et il lui était survenu depuis quelques jours une nouvelle éruption de papules disséminées un peu partout. Mais cette fois, il ne se produisit aucune détermination du côté du tissu cellulaire.

Les antécédents de cet homme furent interrogés scrupuleusement et je pus m'assurer qu'il n'avait jamais eu le moindre accident qu'on pût rattacher au rhumatisme. D'un autre côté, on ne trouvait aucune cause occasionnelle à l'érythème noueux.

Le malade dont je viens de relater l'observation me semble présenter un exemple typique de l'affection cutanée et sous-cutanée que je propose d'appeler *Erythème noueux syphilitique*. Il n'est pas douteux qu'elle procède directement de la diathèse. Quelle autre cause constitutionnelle pourrait-on invoquer comme cause générale? Est-ce le rhumatisme? Je me suis enquis, avec

le plus grand soin, des antécédents de cet homme et je n'ai découvert chez lui quoique ce soit qui se rapportât, de près ou de loin, à l'arthritisme ou à une autre maladie constitutionnelle se déterminant habituellement sur la peau.

Mais si l'on répugne à admettre qu'il existe entre cet érythème noueux et la syphilis un lien de causalité intime et immédiate, on reconnaîtra bien du moins que cette maladie a été la raison déterminante de l'affection cutanée et que, sans elle, cette dernière ne se serait probablement jamais produite. De quelque façon qu'on envisage l'étiologie de l'accident, on est donc obligé de constater les rapports étroits qui le rattachent à la maladie spécifique.

Son apparition a coïncidé avec les premières manifestations syphilitiques. Il n'a été précédé que de quelques jours par les troubles constitutionnels, par la périostose crânienne sincipitale et par l'éruption discrète de papules plates. Il a occupé pendant un mois une large place et même la plus considérable et la plus en vue; remarquons en effet que, contrairement à ce qui a lieu d'ordinaire pour les syphilides érythémateuses et papuleuses les plus confluentes, l'érythème noueux a été précédé et accompagné pendant 8 ou 10 jours, d'une fièvre assez vive, continue et avec exacerbations vespérales et nocturnes.

Cette fièvre n'a peut-être pas été la particularité la plus intéressante de l'affection. Les troubles du système nerveux périphérique ont évidemment joué le rôle prépondérant. Il n'est pas rare de voir des douleurs se produire quelques jours d'avance sur des points de la peau qui vont être le siège d'une éruption syphilitique. Ici ces douleurs sont arrivées à un degré d'intensité tout à fait insolite, surtout dans les extrémités inférieures. C'est à peine si le malade pouvait marcher; il était comme paralysé par la souffrance que lui causait la contraction musculaire. La peau était aussi extrêmement sensible; et, dès que les plaques érythémateuses se furent établies, les douleurs locales provoquées à leur niveau par la pression, devinrent supportables.

Un fait singulier, n'est-ce pas, que l'éruption des plaques ait été le signal d'une grande accalmie dans les douleurs générales ? Elle leur a servi, pour ainsi dire, de crise. N'y a-t-il pas là quelque chose d'analogue à ce qu'on voit se produire si nettement dans les herpès névralgiformes ? N'y voyez-vous pas une preuve en faveur

de l'intervention active des troubles nerveux périphériques ou centraux, dans la pathogénie des lésions cutanées? Nous sommes encore loin de nous rendre exactement compte du processus morbide nerveux ou nervoso-vasculaire qui jette la perturbation dans la vie moléculaire de telle ou telle circonscription de la peau ou de la surface cutanée tout entière; mais ce processus n'en existe pas moins dans un grand nombre de cas. Certaines variétés d'herpès en fournissent des exemples frappants. La lésion nerveuse se traduit alors par des manifestations névralgiformes que leur topographie, leur place dans l'évolution des phénomènes rendent évidentes et faciles à interpréter. Je ne veux pas dire que les mêmes considérations de physiologie pathologique soient applicables à l'affection cutanée qui nous occupe; mais je tiens à mettre dans son vrai jour la place prédominante qu'ont occupée les troubles nerveux sous forme d'algies dans les deux observations précédentes et surtout dans la seconde.

Le processus de l'érythème noueux envisagé dans son ensemble, a présenté deux phases: une phase aiguë et douloureuse qui a duré 8 ou 10 jours, qui a été caractérisée anatomiquement par de larges suffusions dermiques et sous-dermiques, très inflammatoires; une phase subaiguë pendant laquelle ces plaques de véritable érythème noueux sont entrées en résolution pendant que poussaient plus profondément, dans le tissu cellulaire sous-cutané, des nodosités dures non adhérentes ou peu adhérentes, très semblables à des tumeurs gommeuses. Dans cette seconde phase, il n'y avait ni fièvre ni douleurs.

Sur les muqueuses, il n'y a eu de déterminations que du côté de la gorge. La lésion des piliers consistait en une infiltration très prononcée des tissus produite sans doute par une suffusion plastique semblable à celle qui se faisait à ce moment sur divers points de la peau. Cette néoplasie a été résolutive sur les muqueuses comme sur la peau; et, au bout de trente jours, l'érythème et toutes les autres lésions qui avaient signalé le début de cette syphilis: périostoses crâniennes, ulcération des scléroses chancreuses cicatrisées, papules plates, étaient à peu près guéries. Mais la santé du patient avait été sérieusement éprouvée par cette soudaine explosion d'accidents multiples à processus rapide et à synergies névroso-vasculaires violentes.

L'action syphilitique fut loin d'être épuisée par cette première poussée, puisque quelques mois plus tard, le malade fut atteint d'une syphilide papuleuse confluente. J'ignore ce qu'il est devenu après être sorti une deuxième fois de mon service, complètement guéri. J'espère qu'il n'aura subi aucune nouvelle attaque sérieuse de la maladie constitutionnelle.

On a vu que, dans la première observation, l'accident primitif avait été si léger que ni la malade ni son médecin ne s'étaient, à aucun moment, doutés de son existence, de telle sorte qu'il m'avait été très facile de cacher à la malade et à ses proches la nature de la maladie. Ici, au contraire, la néoplasie primitive a été sérieuse et elle a subi la fonte purulente après sa cicatrisation, dès que sont apparus les accidents constitutionnels. Pourtant chez lui, la syphilis a peut-être été moins sévère que dans la première observation. Dans les deux cas, les lymphatiques n'ont pas été touchées et les ganglions n'ont présenté qu'une tuméfaction très ordinaire. Le traitement mixte fut employé chez le malade de la deuxième observation comme chez la malade de la première.

## III

Dans le fait suivant, l'érythème noueux fut aussi très caractérisé ; mais il ne survint pas dans les premiers jours de l'intoxication syphilitique. Nous ne devons pas moins le considérer comme un accident précoce, puisque la maladie constitutionnelle n'en était encore qu'à son huitième ou neuvième mois d'existence.

Obs. 3. *Au neuvième mois d'une syphilis sérieuse comme état général, quoiqu'il n'y ait eu au début que des accidents superficiels, apparition de périostites sur les extremités inférieures. En même temps, éruption de plaques typiques d'érythème noueux, sans nodosités sous-cutanées, sur les membres supérieurs et inférieurs. — Guérison rapide.*

C. Jean, 23 ans, cocher, se portait habituellement bien, n'avait jamais eu aucune maladie aiguë ou chronique, ni d'affections vénériennes autres que quelques blennorrhagies insignifiantes, lorsqu'il contracta à la suite de plusieurs coïts avec différentes femmes, deux chancres infectants qui firent leur apparition sur le prépuce et le fourreau de la verge, dans les premiers jours de mai 1869. Il vint se faire soigner à ma consultation de l'hôpital du Midi, et dès le 15 mai, je lui prescrivis des pilules de proto-iodure. — En juin, plaques muqueuses à l'anus et entre les orteils, croûtes dans les cheveux, maux de gorge très violents, affaiblissement causé par la difficulté à

avaler et par la diarrhée. Il alla passer plusieurs mois à la campagne, dans le Berry et on continua le traitement spécifique qui avait été prescrit dès le début de l'intoxication.

Revenu à Paris le 5 novembre, il entra dans mon service pour se faire soigner de plaques muqueuses confluentes qui étaient revenues dans la gorge, dans la bouche et entre les orteils. Je trouvai sa santé générale très altérée et, pendant quelques jours, je m'en tins à un traitement tonique ; puis j'administrai un peu d'hydrargyre et d'iodure de potassium.

Dans les premiers jours de janvier 1870 (neuvième mois révolu de la syphilis) cet homme dont la constitution était affaiblie et dont les forces avaient considérablement diminué pendant sa maladie, éprouva pour la première fois une douleur sur la partie moyenne et antérieure de la jambe droite. Il existait à ce niveau une tuméfaction diffuse, sans changement de couleur et sans adhérence à la peau. Claudication; impossibilité presque complète de marcher. Irradiation jusque dans le cou-de-pied et le genou. La tuméfaction et la douleur diminuèrent beaucoup en 10 ou 12 jours; néanmoins le 21 janvier, je constatai encore une saillie anormale diffuse avec empâtement sous-cutané œdémateux, un épaississement et une bosselure sur le bord interne du tibia.

Peu de temps après l'apparition de la périostose, douleurs très vives sur la rotule et sur les côtés de l'articulation du genou gauche dans le creux poplité du même côté, sans tuméfaction générale ni phénomènes inflammatoires, mais, avec de petites tumeurs périostiques très sensibles à la pression. — Douleur et gonflement dans les articulations phalangiennes du petit doigt gauche.

En même temps que les phénomènes qui précèdent, il en survint d'autres du côté de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Ils furent caractérisés par l'éruption de larges plaques, d'une couleur violacée, très douloureuses, siégeant sur le mollet droit, sur les omoplates, sur la face postérieure des bras, sur la jambe gauche, larges comme une pièce de cinq francs en argent, et semblables à de l'érythème noueux. — Léger mouvement fébrile se produisant dans l'après-midi. Insomnie.

Il existait à ce moment une roséole papuleuse discrète dans le dos avec quelques pustules d'acné spécifique. Adénopathie cervicale et inguinale; quelques croûtes dans les cheveux. Plaques ulcérées des orteils en voie de cicatrisation. Voix faible et enrouée.

Les suffusions plastiques du derme étaient épaisses, larges, dures, circonscrites et formaient des nodosités ovoïdes aux bras, diffuses et entourées d'un œdème étendu aux extrémités inférieures.

Je fis prendre du sirop de biiodure ioduré et de l'iodure de potassium.

Le malade n'avait jamais eu aucune atteinte de rhumatisme articulaire ni d'une affection quelconque pouvant se rapporter à l'arthritisme. Rien au cœur, ni du côté des autres viscères.

Le 28 janvier, la périostose de la jambe droite avait notablement diminué ; mais il s'en était formé une tout à fait semblable sur la jambe gauche à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Les nodosités érythémateuses persistaient dans le même état.

Tous ces accidents, néanmoins, diminuèrent peu à peu et, dans les premiers jours de janvier, ils avaient à peu près complètement disparu, après avoir duré environ 4 semaines. L'état général aussi s'était sensiblement amélioré.

Ici il s'agit bien de l'érythème noueux pur, car il n'est pas survenu de nodosités dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les plaques étaient intra-dermiques, très rouges, fort inflammatoires et douloureuses, comme dans l'affection de cause commune. La syphilis ne leur avait imprimé aucun caractère spécifique.

Peut-être n'a-t-elle été que l'occasion de cette attaque d'érythème noueux dont l'apparition a sans doute été favorisée aussi par l'éta presque cachectique dans lequel se trouvait le patient depuis l'invasion des accidents consécutifs. Je suis plus disposé à mettre en doute, dans ce cas que dans les deux autres, l'influence étiologique directe et immédiate de la syphilis. Il m'a semblé cependant que la coïncidence de cet érythème noueux, au neuvième mois de la maladie, avec des périostoses, une syphilide papuleuse, des plaques cutanées, quelques accidents articulaires évidemment d'origine syphilitique, lui donnait droit à une place dans ce travail.

## IV

Voici maintenant un autre fait qu'on pourrait dire l'inverse des précédents, puisque l'érythème noueux n'a, pour ainsi dire, pas existé, tandis que les suffusions sous-cutanées ont été surtout prédominantes.

Obs. 4. *Chancre infectant situé sur la face antéro-interne et la partie moyenne de la cuisse gauche; adénopathie crurale spécifique du même côté.*

*Au bout de cinq semaines, troubles généraux et apparition des phénomènes consécutifs : roséole papuleuse généralisée et confluente, plaques muqueuses, myalgies spécifiques dans divers muscles du corps, etc.*

*Au bout de deux mois, apparition instantanée d'accidents syphilitiques siégeant : 1° dans les vaisseaux lymphatiques de la jambe et de la cuisse gauche ; 2° dans le tissu cellulaire sous-cutané des deux extrémités inférieures ; 3° dans la synoviale de la patte d'oie et la gaine du tendon du couturier gauche.*

*Nodosités gommeuses primitivement développées dans le tissu cellulaire sous-cutané. — Leur adhérence à la peau à mesure qu'elles grossissent. — Apparence érythémateuse qu'elles prennent alors. — Mais l'érythème noueux est consécutif.*

M. J... V..., 34 ans, brossier, entré le 27 août 1872 dans mon service à l'hôpital du Midi, salle 8, n° 5, se portait habituellement bien et n'avait jamais eu aucune maladie vénérienne, lorsqu'il s'aperçut, du 20 au 30 juin 1872, de l'existence d'un petit bouton d'apparence furonculeuse situé sur la

partie antéro-interne de la cuisse gauche, à 25 centimètres au-dessus du genou. — Deux ou trois semaines après le début de ce bouton, tuméfaction ganglionnaire dure, indolente, très volumineuse, dans la région inguino-crurale du même côté. Ce malade était marié ; sa femme ne paraissait pas avoir la syphilis; il ne s'était fait aucune piqûre, n'avait subi aucun attouchement et n'avait cohabité avec aucune autre personne étrangère. Aussi était-il loin de se douter qu'il s'agissait là d'un chancre, d'autant moins qu'à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, on lui avait dit que ce n'était qu'un furoncle.

Quoiqu'il en soit, au commencement du mois d'août (5e semaine du chancre) fatigue dans tous les membres, perte d'appétit, faiblesse musculaire, etc., et presque en même temps, apparition progressive de boutons papuleux sur tout le corps, croûtes dans les cheveux, maux de gorge, etc. — Aucun traitement spécifique.

Vers le milieu du mois d'août, douleur dans les deux mollets ; myalgie violente dans les bras; formation d'un cordon dur, volumineux, douloureux, renflé de distance en distance, s'étendant depuis le pied gauche, le long du tibia et de la gaine des vaisseaux fémoraux, jusqu'à la région inguino-crurale. Douleur à la face interne de l'articulation du genou gauche.

Le 30 août (65e jour à partir du début du chancre), je constatai l'état suivant : Maigreur, grande faiblesse musculaire, incapacité pour le moindre travail ; chancre fémoral gauche, large comme une pièce de 2 francs, à cupule centrale, à bourrelet saillant régulièrement circulaire, en voie de cicatrisation. Dans la région crurale, au-dessus du pli de l'aîne gauche, tumeur ganglionnaire dure, indolente, grosse comme un œuf de pigeon.

Impossibilité d'étendre de ce côté la jambe sur la cuisse, à cause d'une douleur excessivement vive qui se faisait sentir à la partie postérieure du condyle interne du tibia ; à ce niveau, tuméfaction diffuse œdémateuse, sans changement de couleur à la peau, remontant le long du tendon du couturier, et cordon lymphatique hypertrophié, dur, noueux, le long de la jambe et de la cuisse gauches.

Il est inutile d'entrer dans des détails sur cette lymphopathie et sur la synovite de la patte d'oie et de la gaine du couturier, ainsi que sur l'éruption de papules qui occupait toute la surface du corps. Arrivons à la lésion qui nous intéresse plus particulièrement.

On sentait sur quelques points des membres abdominaux, au-dessous de la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané, de petites tumeurs dont le volume était en moyenne celui d'une fève. Elles roulaient sous le doigt, étaient douloureuses et n'adhéraient pas à la peau, qui ne présentait à leur niveau aucun changement de couleur. On en comptait une douzaine environ. Il en existait aussi, mais en moins grand nombre, sur les membres supérieurs.

Les deux ou trois jours suivants, les nodosités situées dans le tissu cellulaire des extrémités supérieures, augmentèrent considérablement. L'une d'elles, siégeant à la partie inférieure du mollet gauche, avait la grosseur d'une prune ; elle était dure, entourée d'une atmosphère pâteuse du tissu cellulaire, adhérente à la face profonde du derme qui ne présentait pourtant, à son niveau, aucune modification ; elle était douloureuse spontanément et à la pression. Une tumeur semblable, mais un peu moins volumineuse, existait à la face interne de la jambe droite, à 20 centimètres de la malléole ; elle

présentait les mêmes caractères. Autres petites tumeurs sous-cutanées, pisiformes, dures et douloureuses sur divers points des membres inférieurs, soit à la jambe soit à la cuisse. Celles des extrémités supérieures étaient en voie de décroissance.

Dans les premiers jours de septembre, il poussa quelques nouvelles tumeurs sous-cutanées, semblables aux précédentes; une, entre autres, à la partie postérieure de l'avant-bras gauche. La peau ne présentait, au-dessus d'elles, aucune adhérence, aucun changement de coloration. Une des nodosités sous-cutanées, à la jambe droite, large comme une pièce de 2 francs, avait contracté des adhérences avec la peau, qui présentait maintenant à son niveau une teinte d'un jaune rougeâtre comme ecchymotique. Ses contours étaient pâteux et moins nets que les jours précédents ; elle était très douloureuse spontanément et à la pression.

Les deux autres tumeurs sous-cutanées, situées à peu près symétriquement en arrière de chaque jambe, au niveau de la partie inférieure des gastrocnémiens, s'étendirent en largeur et devinrent comme diffuses et sans contours très accusés. Elles mesuraient dans tous les sens 4 à 5 centimètres, faisaient une forte saillie au-dessus de la peau, qui adhérait à leur niveau et commençait à présenter une légère teinte rosée sur la tumeur de la jambe droite. Douleur spontanée et à la pression.

Une nouvelle tumeur sous-cutanée et sans adhérence, du volume d'un noyau de cerise, se montra aussi sur la cuisse gauche, en vingt-quatre heures; elle était sans connexité aucune avec le lymphatique induré.

Sous l'influence du repos, des bains et d'un traitement mixte, une amélioration notable ne tarda pas à se montrer dans tous les accidents. Mais il se produisit, sans cause appréciable, sur la partie antéro-interne de la cuisse gauche, une douleur très vive et un œdème considérable et circonscrit, avec un peu de rougeur et une sensibilité excessive de la peau. Comme cette inflammation était survenue au niveau et le long du lymphatique induré, c'est probablement à lui qu'il faut la rapporter. Elle fut du reste très courte et n'entrava pas l'amélioration qui se manifestait de tous les côtés.

Au bout de vingt-cinq à trente jours à partir du début des accidents fémoraux et de l'apparition des nodosités, la claudication avait à peu près cessé. Les nodosités et les suffusions plastiques sous-cutanées du tissu cellulaire avaient disparu. La syphilide papuleuse s'affaissait et s'effaçait, et la synovite spécifique de la patte d'oie et du couturier, ainsi que la lymphopathie de la jambe et de la cuisse étaient presque guéries.

Je suis entré, au sujet des nodosités sous-cutanées, dans des détails qu'on trouvera peut-être un peu trop minutieux; mais comme j'ai assisté à leur naissance et suivi toutes les phases de leur processus, il m'a semblé que l'occasion était favorable pour les décrire, d'autant plus qu'elle se présente rarement. Dans le cas actuel, c'est bien primitivement au sein du tissu cellulaire sous-cutané que les lésions se sont développées. Pendant leur première phase, elles ont été libres de toute connexion avec la peau ; mais peu à peu, quelques-unes d'entre elles, ayant pris de dimensions

considérables, se sont trouvées en contact avec la face profonde du tégument et lui sont devenues adhérentes.

C'est à ce moment que les nodosités, étalées et transformées en plaques, ressemblaient par quelques-uns de leurs caractères extérieurs à l'érythème noueux.

Sur aucun point de la surface cutanée, je n'ai trouvé de nodosité ou de plaque occupant l'épaisseur du derme au moment de sa naissance. L'adhérence à la peau s'est montrée exceptionnellement ; aussi l'affection a-t-elle été aussi peu érythémateuse que possible. C'est à peine s'il existait au point le plus saillant des tumeurs un peu de rougeur diffuse foncée et ecchymotique.

Évidemment cette affection du tissu cellulaire survenue le soixantième jour environ de l'accident primitif, en même temps que la syphilide papuleuse, la synovite du couturier et la lymphopathie jambière et crurale gauche, après quelques jours de troubles constitutionnels prodromiques, était bien une émanation directe de l'action du virus syphilitique sur le tissu cellulaire sous-cutané. D'ailleurs, à quelle autre cause constitutionnelle la rapporter? Et puis, par sa forme, ses symptômes et son processus, ne ressemble-t-elle pas complètement à l'affection gommeuse du tissu cellulaire? Ne sont-ce pas des gommes résolutives et bénignes que ces nodosités, libres de toute adhérence dans le tissu cellulaire sous-cutané, qui roulent sous le doigt, se rapprochent de la peau en grossissant, l'envahissent peu à peu et y suscitent un travail inflammatoire qui participe de leur caractère résolutif et n'aboutit pas à l'ulcération?

Supposez que l'âge de la syphilis n'eût pas été connu. Quel est le médecin qui aurait hésité à porter le diagnostic : tumeurs gommeuses? C'est qu'en effet, ces nodosités ne sont autre chose que des gommes. Seulement elles diffèrent des gommes de l'âge adulte ou du déclin de la maladie constitutionnelle : 1° par leur début, qui est plus soudain; 2° par leur marche, qui est plus rapide ; 3° par leur terminaison qui est toujours résolutive. Les nodosités, la plupart du temps, ne suppurent pas, ne se ramollissent pas, et par conséquent, ne se convertissent pas en ulcérations gommeuses. Tout au plus arrivent-elles à susciter sur la peau, quand elles contractent adhérence avec elle, un

processus inflammatoire superficiel qui leur donne alors toutes les apparences de la plaque érythémateuse noueuse.

C'est exactement ce qui a eu lieu dans ce cas. Nées au sein du tissu cellulaire, les nodosités sont allées de dedans en dehors dans leur processus d'augment ; mais beaucoup sont restées en chemin et n'ont même pas atteint la peau.

Je crois que cette détermination de l'action syphilitique sur le tissu cellulaire a été tout à fait indépendante des autres manifestations, et en particulier de la lymphopathie crurale, qui est restée un phénomène purement local se rattachant sans doute au chancre et surtout à la grosse adénopathie inguino-crurale correspondante. Mais il arrive quelquefois que ces nodosités sont en connexion avec les lymphatiques malades ; on pourrait alors les confondre avec les renflements que présentent ces vaisseaux atteints d'hyperplasie syphilitique.

Les quatre cas dont je viens d'écrire l'histoire détaillée suffiront, je pense, pour donner une idée nette de ce que j'appelle l'*Érythème noueux syphilitique* et des nodosités et suffusions néoplasiques précoces du tissu cellulaire sous-cutané. Ces lésions font partie des manifestations précoces de la syphilis au même titre que les accidents qui se produisent, à cette période, du côté des autres tissus et des autres organes de l'économie.

---

IV

# DES ALTÉRATIONS DU SPERME DANS L'ÉPIDIDYMITE BLENNORRHAGIQUE

par M. le Dr **Terrillon.**

Agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.

---

Les modifications du sperme à la suite de l'épididymite blennorrhagique, surtout lorsque celle-ci est bilatérale, ont déjà été étudiées en France par plusieurs auteurs. Les remarquables travaux de M. Gosselin et de Godard ont démontré certaines altérations de ce liquide. Un mémoire plus récent de Liégeois (1) a ajouté quelques notions nouvelles sur ce point intéressant. Malheureusement, ces auteurs ont presque toujours eu pour objectif la recherche d'un seul élément, le spermatozoïde. Pour eux, la seule modification importante consistait dans l'absence des animalcules; aussi, sauf Liégeois qui rechercha certains autres caractères, les auteurs précédents n'attachèrent qu'une faible importance aux autres altérations subies par le sperme.

Il est cependant utile de connaître quels sont les caractères que peut présenter le sperme d'un individu atteint d'épididymite; ces caractères pouvant changer suivant l'époque de la maladie, suivant son intensité, et probablement aussi au bout d'un certain temps, suivant les reliquats des lésions inflammatoires de l'épididyme ou des voies séminales.

Enfin j'ajouterai que les modifications subies par le liquide sécrété dans les voies séminales pourront servir à démontrer, d'une façon certaine, quelles sont les altérations produites dans ces organes par la blennorrhagie. Mon principal but a donc été de

(1) Influence des maladies du testicule et de l'épididyme sur la composition du sperme. — *Annales de dermatalogie et de syphiligraphie*, 1869.

eombler eette laeune et de donner une analyse aussi complète que possible des changements subis par ce produit de sécrétion. J'espère élucider ee point intéressant en me servant des observations que j'ai pu réunir moi-même et des indications éparses dans les différents travaux des auteurs précédemment indiqués. Dans le cours de ce travail, je m'efforcerai de faire voir quelles sont les applications auxquelles peut eonduire la eonnaissance de ces altérations du sperme, surtout pour l'étude des lésions produites par l'épididymite. Grâee à l'obligeanee de mon eollègue M. Horteloup, j'ai pu examiner un eertain nombre de malades dans son service à l'hopital du Midi. Je remercie également M. Simonnet qui a bien voulu m'autoriser à voir plusieurs malades dans ses salles.

Le *sperme normal* au moment de son émission est opalin, blanehâtre, demi-transparent, présentant des grumeaux plus ou moins volumineux et répandant une odeur spéciale. Comme il est constitué par le mélange des différents liquides séerétés dans les voies séminales : produits testiculaires, liquide du eanal déférent et des vésieules séminales, séerétion prostatique, il eontient un eertain nombre d'éléments figurés venant de ees différents points. Les spermatozoïdes sont en nombre considérable et semblent constituer dans la plupart des cas les seuls éléments visibles au mieroscope. Cependant on constate aussi quelques cellules épithéliales pavimenteuses, quelques fines granulations réfringentes, un eertain nombre de plaques à bords arrondis, refringentes (sympexions); enfin quelques rares globules blanes. Par le refroidissement, on voit se déposer des cristaux de phosphate de ehaux.

Lorsque l'épididyme et les premières voies séminales sont altérés par une inflammation plus ou moins aiguë succédant à la blennorrhagie du canal de l'urètre, les différents earaetères du sperme peuvent être modifiés. Ces modifications portent principalement sur la coloration et sur la nature des éléments figurés ordinairerement eontenus dans le sperme. Il est vrai, comme nous le verrons plus loin, que l'altération de la eoloration est due exclusivement à la présence de eertains éléments figurés; aussi, jessayerai de ne pas séparer complètement ces deux caractères. Mais le ehangement de eoloration a, par lui-même, une assez grande importance pour que j'insiste sur lui d'une façon spéeiale.

Quant aux altérations portant sur les éléments figurés, elles ont surtout pour caractère particulier de constituer un rapport inverse de ce qui existe à l'état normal. En d'autres termes, les éléments les plus essentiels et de beaucoup les plus nombreux dans le liquide normal, c'est-à-dire les spermatozoïdes, diminuent considérablement et disparaissent même le plus souvent, tandis qu'au contraire les globules blancs ou globules purulents augmentent dans une telle proportion qu'ils constituent bientôt les seuls éléments figurés du sperme. Nous verrons également que certains éléments n'existant pas dans le sperme normal, viennent s'ajouter en nombre plus ou moins considérable aux précédents ; ce sont de gros globules granuleux en tout semblables à ceux décrits par les auteurs sous le nom de globules inflammatoires.

Enfin j'ai recherché avec soin ces petits noyaux translucides à contour net, ressemblant à de petits anneaux et pourvus de granulations grisâtres, que M. le professeur Robin (1) a signalés dans le sperme des individus atteints d'épididymite bilatérale.

Je n'ai pu rencontrer, dans aucune préparation, ces éléments spéciaux qui me semblent avoir été confondus avec des globules purulents petits et peu développés. Liégeois qui avait recherché également ces éléments ne les a pas rencontrés.

*Altération de la couleur.* — La coloration du sperme est toujours altérée pendant la période d'acuité de l'épididymite bilatérale, je n'ai constaté aucune exception à cette règle sur un certain nombre de cas que j'ai pu observer et que j'évaluerai à vingt-cinq environ. Cette altération persiste pendant un temps variable qui correspond à la terminaison de l'affection. Toujours le sperme a une teinte jaune, d'aspect purulent, tirant même sur le vert. La viscosité légère du liquide ainsi coloré lui donne l'apparence du pus filant qui s'échappe de certaines poches kystiques suppurées.

Cette coloration jaunâtre ou jaune verdâtre est uniforme dans toute la massse du liquide lorsqu'il vient d'être émis. Sous l'influence du repos, le liquide se sépare en deux parties ; l'une inférieure, épaisse, jaune verdâtre ; l'autre supérieure plus fluide et peu colorée.

Il y a donc une différence considérable entre le sperme dans le

(1) Robin, *Traité des humeurs.*

cas d'épididymite double et le même liquide à l'état normal.

Pendant toute cette période, qui correspond à l'épididymite aiguë et à son déclin jusqu'à la guérison apparente, les caractères physiques du sperme sont ordinairement invariables, sauf bien entendu l'intensité de la coloration. Mais à partir de cette époque, le sperme présente encore, souvent même d'une façon à peu près permanente, des modifications semblables, mais beaucoup moins accentuées. L'altération de couleur est ici moins manifeste ; il faut la comparer avec la coloration normale pour saisir la nuance qui existe dans quelques cas. Dans un certain nombre d'observations, on a cependant noté, plusieurs mois et même plusieurs années après la guérison apparente de l'épididymite, une couleur jaune verdâtre du sperme presque aussi intense que celle du début.

Comme c'est dans cette période que la plupart des auteurs ont surtout étudié le sperme des individus atteints d'épididymite, et que quelques-uns ont noté une coloration normale qui ne doit pas exister dans la plupart des cas, j'insiste sur ce point spécial.

### Observation I.

Delphin Pichon, 22 ans, garçon boucher, entré le 6 mars 1879. — Hôpital du Midi. Service de M. Horteloup.

Le malade est atteint de blennorrhagie depuis un an. Il a déjà eu, à propos de cette uréthrite : une orchite gauche avec funiculite en novembre 1878, une épididymite droite en décembre 1879, une épididymite gauche en janvier 1879.

Au moment de l'entrée, 6 mars 1879, le testicule gauche est volumineux, le scrotum est rouge, tendu ; il semble y avoir un léger épanchement vaginal. L'épididyme est augmenté de volume dans toute son étendue. La tuméfaction scrotale se poursuit manifestement sur le trajet du cordon, et l'on sépare facilement le conduit déférent que l'on trouve dur, résistant, présentant à peu près une fois et demie le volume qu'offre le canal du côté opposé.

*Le 22 mars*, les symptômes d'inflammation aiguë ont disparu. L'épididyme reste induré des deux côtés, surtout à droite où il présente une dureté presque cartilagineuse. Le cordon est encore un peu rigide de ce même côté, et l'exploration amène encore quelque douleur. Il n'existe aucun écoulement par l'urètre.

2 *avril*. Examen du sperme : on ne trouve aucune trace de spermatozoïdes. Une grande quantité de globules de pus, jaunâtres et remplis de granulations. Quelques globules granuleux. Abondance de granulations jaunes libres. Le liquide a une teinte jaune manifeste.

### OBSERVATION II.

Hôpital du Midi. Service de M. Simonnet (Observation due à l'obligeance de M. Mathieu, interne du service).

Dupuy, Auguste, âgé de 31 ans, maréchal, entré le 27 mars 1879.

Ce malade a déjà eu plusieurs accidents vénériens :

Une blennorrhagie il y a dix ans ;

Une seconde blennorrhagie en novembre 1878 ; celle-ci fut la cause de trois orchites ; — orchite gauche le 20 janvier 1879 — orchite droite, le 28 janvier 1879 — orchite droite, seconde poussée, au début de février.

Actuellement (8 avril) l'écoulement blennorrhagique a complètement cessé. On trouve à l'examen des parties génitales : à gauche, une induration générale de l'épididyme avec gonflement plus considérable de la queue. — A droite, l'épididyme dans son entier semble également augmenté de volume. L'insertion du canal déférent se continue sans changement de diamètre appréciable. La tête, au contraire, se détache assez nettement par son volume plus marqué et sa résistance plus considérable.

10 *avril*. Examen du sperme : couleur jaune purulente très prononcée ; aucune trace de spermatozoïdes ; nombreux globules de pus et quelques globules de sang ; quelques gros globules granuleux ; granulations réfringentes libres.

### OBSERVATION III.

Oppitz, 29 ans. Entré le 3 février 1879. — Service de M. Horteloup.

*Antécédents*. Blennorrhagie il y a 7 ans ; huit mois de durée. Une orchite gauche survint à ce moment sous l'influence d'injections irritantes.

*Décembre* 1878. Nouvelle blennorrhagie avec orchite gauche survenue au bout de 15 jours.

1er *janvier* 1879. Epididymite droite ; l'orchite gauche paraissait guérie à cette époque.

25 *février* 1879. Noyau induré à la queue de chaque épididyme. A droite, il forme une sorte de plaque résistante adhérente au testicule ; peut-être y a-t-il un peu de rigidité des canaux déférents. Le malade éprouve un peu de douleur sur le trajet des cordons. La blennorrhagie a complètement cessé.

20 *avril* 1879. Examen du sperme qui est jaune ; on y trouve des granulations nombreuses, des corps granuleux jaunes très isolés, des globules blancs abondants, *des cristaux*, mais pas trace de spermatozoïdes.

### OBSERVATION IV.

Pinot, J.-B., 36 ans, maçon. Entré le 15 novembre dans le service de M. Horteloup.

En 1869, il eut une épididymite double dans le cours d'une blennorrhagie. Les deux épididymes furent pris à deux ou trois jours d'intervalle. L'inflammation aiguë dura de vingt à trente jours.

Au mois de septembre 1878, il eut une nouvelle blennorrhagie. Celle-ci était presque terminée lorsque, le 5 septembre, il fut pris d'épididymite du côté droit. A ce moment, l'écoulement cessa complètement.

On trouve à droite une tuméfaction inflammatoire de tout l'épididyme, accentuée surtout au niveau de la queue. La tuméfaction a également envahi la région du cordon. Epanchement assez abondant dans la tunique vaginale.

Du côté gauche, on trouve une induration assez volumineuse de la queue de l'épididyme ; cette induration est peu douloureuse et remonte à l'époque de la première orchite. Rien du côté de la prostate.

Examen du sperme le 22 novembre. Le liquide est fortement teinté en jaune. On ne trouve aucune trace de spermatozoïdes, mais il contient une quantité considérable de globules purulents et aussi de gros globules granuleux et des granulations graisseuses réfringentes.

### Observation V.

Lambert, Maurice, 26 ans, garçon de restaurant. Entré le 13 mars 1880. — Service de M. Horteloup. Syphilis datant de 2 mois et demi.

Eruption sur la face antérieure du tronc, du dos et des épaules, constituée par de petites papules parmi lesquelles quelques-unes sont recouvertes de croûtes. — Pas de démangeaisons.

Épididymite à droite depuis 6 jours survenue au deuxième mois d'une blennorrhagie subaiguë.

A gauche, la glande est atrophiée et réduite au volume d'un œuf de moineau depuis l'âge de 15 ans, époque à laquelle le malade fut atteint d'une orchite ourlienne.

3 *avril*. Le pus est jaunâtre, d'aspect purulent. Il contient une grande quantité de globules de pus, des globules granuleux, mais on n'y trouve pas de spermatozoïdes.

### Observation VI.

Degouy, Léon, 22 ans, journalier, entre le 28 février 1880. — Service de M. Horteloup.

Épididymite double à la fin de 1817.

Épididymite chronique à répétition à droite.

Épididymite aiguë depuis un mois à gauche.

Blennorrhagie chronique qui a duré deux ans et cessé depuis un mois.

Chancre syphilitique depuis 15 jours à la partie externe du prépuce.

15 *mars*. Le sperme est jaune purulent. On ne trouve pas de spermatozoïdes, mais il contient beaucoup de globules de pus et des globules granuleux.

### Observation VII.

Dufour, garçon de salle, âgé de 25 ans, entre le 10 avril 1879.

Il avait, à son entrée au Midi, une blennorrhagie depuis trois mois.

Une épididymite gauche était survenue 2 mois auparavant.

Une épididymite droite n'était déclarée depuis trois jours.

L'une et l'autre orchites s'étaient accompagnées de funiculite.

18 *avril*. Les dernières traces d'inflammation des testicules ont disparu ; mais le canal recommence à donner du pus. Le malade est soumis à un traitement approprié.

Testicule droit : épaississement de l'épididyme sans induration bien étendue.

Testicule gauche : gonflement induré de la queue de l'épididyme avec petit noyau douloureux.

25 *avril*. Examen du sperme. Le sperme est jaune, d'aspect purulent ; on y trouve des granulations nombreuses, des globules blancs en grande quantité, quelques corps granuleux, mais aucun spermatozoïde.

### Observation VIII.

Le nommé W..., âgé de 20 ans, organiste, entre le 8 mars 1880, salle 4, nº 19 (observation communiquée par M. Olive, interne du service de M. Simonnet).

Ce malade est atteint d'épididymite double. En 1877 il a déjà eu une blennorrhagie, mais sans orchite.

Le 20 février 1880. Il a de nouveau un écoulement uréthral, et c'est huit jours après qu'il est pris d'un gonflement du testicule droit. Le 4 mars, le gauche est envahi à son tour.

Actuellement, l'écoulement blennorhagique est arrêté ; le testicule droit est moins gonflé que le gauche dont le volume l'emporte d'au moins moitié sur le droit. Les deux cordons ne sont pas envahis ; les canaux déférents roulent sous le doigt, avec épaississement.

23 mars, examen microscopique du sperme.

Le liquide est très fluide ; on n'y trouve aucun spermatozoïde, mais une grande quantité de globules de pus et quelques gros globules granuleux.

En parcourant ces observations dans lesquelles l'épididymite existait depuis un temps variable avant l'examen du sperme, on voit que toujours la même coloration jaune, purulente existe, et qu'elle est toujours due à la présence d'une grande quantité de globules purulents. Dans les cas plus anciens, où l'épididymite datait de plusieurs mois ou même de plusieurs années, on peut constater encore la même altération.

Liégeois, qui s'est occupé des modifications du sperme dans son mémoire sur les maladie des testicules et de l'épididyme, a fourni des renseignements précieux sur le sujet qui m'occupe. Ces renseignements sont d'autant plus précieux, que les altérations des spermatozoïdes faisaient l'objet principal de ses recherches, et qu'il nota, sans parti pris, les autres altérations du liquide.

Ainsi, page 428 (*Loc. cit.*) il dit : « La couleur du sperme m'a présenté de grandes variétés. En général, elle était légèrement opaline, blanchâtre. Rarement elle s'est montrée d'un blanc laiteux, opaque, comme à l'état normal. Ce fait a existé surtout dans les cas où il y avait rétablissement des voies spermatiques et des spermato-

zoïdes en assez grande quantité dans le liquide éjaculé ; il a pu être constaté aussi dans quelques cas où le sperme contenait des granulations prostatiques ou des leucocytes en certaine abondance. Enfin, dans plusieurs circonstances, où les leucocytes étaient en très fortes proportions, le sperme avait un aspect purulent, légèrement jaunâtre, et, sous l'influence de l'ammoniaque, acquérait comme le pus une viscosité considérable. »

Il est vrai que Liégeois mélangeait ainsi les résultats obtenus chez les individus atteints d'épididymite récente, avec ceux qui se rencontrent chez les individus dont l'épididymite remontait à plusieurs années et chez lesquels les spermatozoïdes avaient reparu.

Mais nous trouvons, dans plusieurs observations qu'il a publiées, la preuve que cette coloration jaune, due à la présence des leucocytes, se présente même après plusieurs années.

Un exemple très intéressant a été consigné par lui dans son *Traité de Physiologie*, p. 186. Il s'agit d'un sujet chez lequel on avait constaté l'absence des spermatozoïdes, et qui avait eu une épididymite double quatorze ans auparavant. Cet homme, marié depuis huit ans et sans enfants, possédait une double induration considérable; son sperme était remarquable par sa quantité, le liquide d'une éjaculation égalait la moitié d'un verre à bordeaux : sa couleur était jaunâtre et non blanchâtre, sa consistance était mucilagineuse ; son odeur normale était des plus prononcées.

Je possède un exemple très remarquable de cette même altération après une orchite double qui datait de six ans, et dans laquelle on put noter que l'induration n'existait plus sur les épididymes, alors que les spermatozoïdes n'avaient pas reparu dans le liquide.

Observation IX. (Personnelle.)

M. X..., âgé de 34 ans, marié depuis quatre ans, n'a pas eu d'enfants.

Il raconte que dix-huit mois environ après son mariage, il a été atteint d'une orchite double au déclin d'une blennorrhagie. Les deux testicules s'enflammèrent à quatre jours d'intervalle ; l'inflammation très vive dura pendant 15 à 20 jours.

Quand l'inflammation des testicules eût disparu, la blennorrhagie avait également cessé.

Depuis cette époque il n'éprouve aucun phénomène notable, si ce n'est une sensibilité spéciale des testicules ou plus particulièrement des deux épididymes.

Le sperme abondant, jaunâtre, opalin, ne contient aucune trace de sperma-

tozoïdes, mais une certaine quantité de globules purulents, nageant dans un liquide assez fluide. Quelques globules granuleux volumineux se rencontrent aussi dans ce liquide.

L'examen des testicules a fait voir nettement que les deux épididymes étaient absolument normaux comme volume et comme consistance, mais la palpation de cette région est douloureuse et très désagréable. Les testicules semblent normaux, et la sensation testiculaire produite par la pression n'est pas modifiée.

Je ne pourrais affirmer que cette coloration jaune du sperme qui indique une altération notable du liquide soit constante dans les cas anciens ; mais je l'ai vu dans plusieurs cas que j'ai observés dans ma clientèle particulière. La couleur anormale est souvent peu prononcée, mais elle existe et devient souvent manifeste, lorsque le sperme qui a séjourné dans un vase a formé un dépôt jaune spécial, bien différent de celui qu'on trouve à l'état normal.

Dans tous ces cas, le liquide contenait un grand nombre de leucocytes qui étaient, comme nous le verrons plus loin, la cause de cette coloration spéciale.

Il semble possible d'expliquer pourquoi les auteurs qui m'ont précédé n'ont pas indiqué cette altération de la couleur, par ce fait la coloration est souvent peu accentuée. Mais si l'examen microscopique avait été pratiqué il aurait permis de reconnaître un grand nombre de globules purulents.

*Présence des globules de pus et des globules granuleux dans le sperme.* — En insistant sur les modifications de la coloration du sperme émis par un individu atteint d'épididymite double à différentes périodes, j'ai déjà fait remarquer que cette coloration semblait plus ou moins intense, suivant l'abondance des globules purulents contenus dans le liquide. Je n'insisterai donc pas sur ces éléments eux-mêmes, mais sur leur importance au point de vue des lésions dont ils sont l'indice.

Leur nombre varie suivant l'époque de l'affection. Au début, dans la période aiguë, ils sont tellement abondants, qu'on croirait avoir affaire à du pus un peu dilué. Plus tard, ils deviennent moins nombreux ; enfin, dans quelques cas anciens, on rencontre seulement une petite quantité de globules de pus nageant dans un liquide d'éjaculation très abondant. Dans ce cas, le sperme devient très fluide et aqueux.

Cependant, même dans des épididymites anciennes et depuis

longtemps éteintes, on peut trouver encore une grande abondance de globules de pus, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant l'observation (ob. IX). Je citerai aussi les observations précédentes dans lesquelles l'épididymite double remontait à quelque temps. Un de ces cas a rapport à une épididymite unilatérale avec atrophie du testicule du côté opposé (ob. V).

Les éléments figurés qui méritent une mention spéciale, après les globules de pus, sont ces gros globules granuleux décrits souvent sous le nom de globules inflammatoires. Ces éléments ont un volume trois, quatre fois plus gros que les globules purulent ; ils sont granuleux, irréguliers à la surface. Peut-être sont-ils le résultat de l'altération des cellules épithéliales de la muqueuse. Ces cellules gonflées par l'inflammation se rempliraient de granulations graisseuses très réfringentes, qui caractériseraient leur altération spéciale.

Ils sont ordinairement disséminés au milieu des globules blancs. Leur nombre est variable, aussi il est difficile de l'apprécier d'une façon rigoureuse.

Ce qui fait iei l'intérêt spéeial de ees éléments c'est : qu'ils ne se reneontrent pas dans le sperme normal, que toujours ils accompagnent l'exagération du nombre des globules blancs, enfin, qu'ils sont semblables à ceux qu'on trouve dans le liquide purulent qui occupe le canal déférent.

Ce fait a été indiqué dans les autopsies qui ont été pratiquées sur des individus morts pendant le cours d'une épididymite et dont nous parlerons plus loin.

*Origine des éléments du pus.* — Nous venons de voir que les altérations du liquide spermatique le rendant plus ou moins semblable à du pus, peuvent être considérées comme habituelles dans le cas d'épididymite blennorrhagique.

Il est intéressant actuellement de rechercher quelle est la cause de cette altération, et par conséquent quelle est la partie des voies séminales où se reproduit cette altération.

Pour cela, il faut rapprocher la nature du liquide éjaculé de celle du liquide contenu dans les vésicules séminales et le canal déférent. Malheureusement les autopsies pratiquées sur les individus atteints d'épididymite sont rares et très incomplètes pour la plupart.

Je n'ai pu en réunir que onze publiées par les auteurs français, auxquelles il faut ajouter deux autres publiées à l'étranger et réunies dans un mémoire fort intéressant de Schepelern (1).

Ainsi que je viens de le dire, les autopsies très incomplètes ne donnent la plupart du temps aucun renseignement sur le contenu de la vésicule séminale et du canal déférent. Ces observations ne peuvent donc nous servir. Mais il en est quelques-unes dans lesquelles des altérations ont été notées avec soin, et l'examen microscopique pratiqué de façon à donner des renseignements très précis sur la nature de ce liquide.

Une des principales observations est celle de Marcé (*Gazette des hôpitaux*, 1854, p. 59), dans laquelle l'autopsie a été rédigée par MM. Gosselin et Robin. On trouva dans la vésicule du côté malade, des globules purulents mêlés à des cellules épithéliales. « Le canal déférent, très gros au début de la maladie, est revenu à ses dimensions naturelles. En le coupant transversalement à trois centimètres de l'épididyme, on le trouve rempli d'une matière jaunâtre d'autant plus fluide, qu'elle s'éloigne de l'épididyme, et tout à fait analogue à du pus. Examiné au microscope, le liquide n'offre pas de spermatozoïdes, c'est un mélange de globules purulents, de cellules épithéliales cylindriques et de corpuscules granuleux. »

Une observation de Gaussail (*Arch. génér. de méd.*, t. XXVII, 1re série, 1831), donne des résultats analogues. « Vésicules séminales très augmentées et d'une résistance remarquable : dans leur intérieur, grande quantité de matière blanc jaunâtre granulée : canaux déférents hypertrophiés dans toute leur longueur, parois vascularisées ; leur cavité est diminuée par une substance absolument semblable à celle des vésicules. »

Malgré l'absence d'examen microscopique on peut dire que le liquide ressemble à celui de l'observation précédente. Schepelern donne les mêmes résultats dans la relation de ses autopsies, car il a trouvé dans ses deux observations un catarrhe purulent du canal déférent.

On voit donc, que ce qui caractérise le liquide du canal défé-

(1) *Copenhague Hopitals Fidende*, 1871, n° 11.

rent et des vésicules séminales dans l'épididymite, c'est sa couleur jaune, et la présence de globules de pus et de gros globules granuleux.

Puisque ces éléments se retrouvent en assez grande quantité et presque constamment dans le produit d'éjaculation, ils prouvent bien que le sperme est altéré dans ses canaux propres, et non pas simplement par le fait de son passage à travers l'urèthre encore malade ou à peine guéri. On pourrait en effet supposer que le sperme en passant dans l'urèthre encore malade ou à peine guéri a entraîné le pus produit par la muqueuse de ce canal.

Cette objection tomberait devant cette remarque que le sperme éjaculé à cette période est purulent en totalité, tandis que si cette coloration et la présence des globules purulents ne tenaient qu'au passage du pus dans l'urèthre malade, il n'y aurait qu'un mélange imparfait des deux liquides. Enfin le pus de la blennorrhagie uréthrale ne contient pas de globules granuleux semblables à ceux signalés plus haut et qui constituent ainsi un signe caractéristique.

On peut donc conclure que lorsque le sperme éjaculé est coloré plus ou moins en jaune, et contient des globules purulents et des globules granuleux, ce liquide vient des voies séminales, vésicules et canaux déférents. Il est certain que la prostate peut y adjoindre son produit de sécrétion spéciale, mais sans changer la nature du liquide, sauf à en augmenter la fluidité.

Ces résultats de l'expérience admis et bien démontrés, nous verrons plus tard les conclusions que nous pouvons en tirer; mais auparavant je puis dire pour donner une preuve de plus à l'appui de cette hypothèse, que l'expérimentation sur les animaux produit des résultats analogues. Si nous admettons, en effet, et tout prouve que c'est là la seule hypothèse possible, que l'épididymite est le résultat de la propagation du catarrhe de l'urèthre à travers le canal déférent. La muqueuse de ce canal enflammée, doit produire un liquide purulent comme celui qui est produit par toute muqueuse atteinte de catarrhe. Expérimentalement il suffit donc de provoquer une inflammation de la muqueuse du canal déférent, pour voir se former un liquide muco-purulent. C'est cette expérience que j'ai produite plusieurs fois sur des chiens et qui m'a permis d'étudier les phénomènes

de l'épididymite expérimentale. Or, dans toutes ces expériences j'ai constaté dans le canal déférent un liquide assez épais, jaune purulent, contenant des globules de pus et un assez grand nombre des globules granuleux (1).

Ainsi l'expérimentation et l'anatomie pathologique démontrent bien que le liquide éjaculé, contenant des éléments purulents et des globules granuleux, et plus ou moins coloré en jaune, vient bien des voies séminales elles-mêmes.

On pourrait ajouter encore comme preuve que ce liquide purulent ne peut pas être dû au passage du sperme dans l'urèthre malade, que, à cette époque, souvent l'écoulement blennorrhagique est arrêté ou énormément diminué ; ce qui rendrait impossible l'accumulation dans un point de l'urèthre d'une quantité de pus suffisante pour donner au sperme une coloration aussi prononcée, et pour produire une quantité aussi considérable de globules purulents, s'il y avait un simple mélange avec le sperme.

Ajoutons pour terminer cette discussion que si ce fait nous semble prouvé, pour les cas aigus, par les autopsies sur l'homme et les expérimentations sur les animaux, il nous est difficile d'affirmer quels sont les points qui fournissent ces éléments purulents dans les cas anciens. Cependant, même en admettant comme parfaitement démontrée l'oblitération des voies séminales au niveau de la queue de l'épididyme, on peut considérer le canal déférent et les vésicules séminales comme étant le siége d'un catarrhe purulent persistant. Mais cette discussion m'entraînerait un peu loin du sujet principal que je désire traiter ici ; j'y reviendrai plus longuement lorsque je m'occuperai spécialement de l'anatomie et de la physiologie pathologique de l'épididymite.

*A quelle époque disparaissent les spermatozoïdes?* J'ai déjà fait remarquer en commençant, que les auteurs qui ont plus spécialement étudié les modifications du sperme à la suite de l'épididymite double ou simple, n'avaient eu en vue que la recherche des spermatozoïdes. Notant dans presque tous les cas cette absence totale, sans autre préoccupation, ils n'ont pas cherché à quelle époque commençait la disparition des animalcules.

(1) Ces expériences feront l'objet d'un mémoire spécial, en voie de préparation sur l'anatomie pathologique de l'épididymite blennorrhagique.

Cette question est cependant assez intéressante à examiner, et si elle n'a pas la même importance que celle qui consiste à rechercher à quelle époque reparaissent les spermatozoïdes dans le sperme qui en a été privé pendant quelque temps ; elle mérite aussi d'être discutée. Les raisons qui nécessitent cette recherche, peuvent être indiquées rapidement ; aussi je commencerai par elles.

Nous avons déja montré que le canal déférent était atteint d'un catarrhe purulent. Ce catarrhe ainsi constitué et dont nous connaissons la manifestation évidente qui consiste dans ce liquide muco-purulent contenant des globules granuleux assez volumineux, occupe donc toutes les voies d'excrétion du sperme. Le liquide purulent lui-même remplit la lumière du canal ; il devrait donc anéantir tous les spermatozoïdes qui sont produits par le testicule si ces éléments n'étaient pas résistants au point de ne pouvoir être altérés complètement par la présence de ce muco-pus.

Il est donc probable que, si nous trouvons pendant un certain temps de spermatozoïdes vivants dans le sperme éjaculé par les individus atteints d'une épididyme double récente, ce fait prouvera que le testicule continue à fournir des spermatozoïdes, jusqu'à ce que l'épididyme altéré ne puisse plus leur livrer passage, ainsi que cela est démontré par l'étude des lésions épididymites tardives.

Il y aurait donc non pas altération de la sécrétion des éléments spermatiques, mais difficulté tardive de l'excrétion, difficulté qui est due soit à l'épaississement du muco-pus qui ne laisse plus passer le sperme, soit à une oblitération véritable plus ou moins permanente.

Or, il semble parfaitement démontré par les observations que j'ai pu recueillir, que les spermatozoïdes persistent pendant un certain temps, qui doit varier suivant les circonstances encore inconnues.

Dans l'observation XI, nous voyons que du sperme recueilli trente jours au moins depuis l'apparition de l'épididymite droite, la gauche ayant précédé de quelques jours la précédente, contient encore quelques spermatozoïdes vivants au milieu des globules de pus et des globules granuleux, et nageant dans un liquide presque aussi coloré en jaune que du pus bien lié.

Dans l'observation XIII, la dernière épididymite, celle du côté droit datait de dix jours avant le premier examen du sperme, et de seize jours avant le second examen. Dans les deux examens on a trouvé des spermatozoïdes vivants. L'épididymite gauche datait de deux mois et avait laissé une induration considérable de la queue de l'épididyme, laquelle était douloureuse; ce qui indiquait la persistance des phénomènes inflammatoires.

L'observation XIV est encore de même nature, le sperme a été examiné dix-huit jours après la seconde épididymite, la première datant de trois mois, avec induration volumineuse de l'organe.

Je joins à ces observations dans lesquelles j'ai moi-même examiné le sperme, quelques observations de même nature consignées dans le mémoire de Liégeois, et dans lequel il a constaté des spermatozoïdes vivants, plus ou moins nombreux, dans les cas d'épididymite double datant d'un temps variable.

Liégeois qui admettait facilement l'orchite par effort, par choc ou par masturbation, cherche à expliquer cette apparente anomalie qui consiste dans la présence des spermatozoïdes dans le sperme d'épididymite double, par la cause même de la lésion qui doit agir suivant lui d'une façon différente que la blennorrhagie ; mais il ne donne aucune preuve à l'appui, et admet que l'oblitération a été passagère, à cause de la nature bénigne de l'inflammation. Je ne discuterai pas la nature des explications données par Liégeois. Cependant, je dirai en passant, que l'épididymite traumatique est à peine démontrée ou au moins très rare, de même que celle succédant à un effort, ainsi que M. Duplay (1) l'enseigne depuis longtemps. Il suffit chez ces malades de rechercher avec soin et persévérance cet écoulement léger de l'urèthre qui a pu disparaître momentanément surtout au début de l'orchite. Nous savons avec quelle facilité les malades nient avoir un écoulement uréthral, les exemples de ces faits sont nombreux dans les hôpitaux.

### Observation X.

Juncker (Louis), 21 ans, garçon de laboratoire, entre le 10 mars 1880. — Service de M. Horteloup.

Blennorrhagie depuis 7 mois.

(1) *De l'orchi-épididymite prétendu par effort. Th. de Delorme*, 1877.

Epididymite droite depuis trois mois, avec induration volumineuse.

L'épididyme orchite gauche date de trois jours avaut son entrée.

25 *mars*. Les sperme est fluide, à peine visqueux ; il a une teinte légèrement purulente, mais avec une nuance opaline manifeste ; il contient des globules de pus, mais en petit nombre ; on trouve quelques spermatozoïdes vivants ; on rencontre quelques rares globules granuleux. En résumé, les éléments figurés sont peu nombreux.

### Observation XI.

Mouillon (Edmond), 18 ans, imprimeur, entré le 17 mars 1880. — Service de M. Horteloup.

Blennorrhagie depuis 3 mois.

Epididymite gauche depuis 2 mois ; canal souple et indolent, l'épididyme est volumineux et douloureux.

Épididymite droite depuis 8 jours ; canal dur, volumineux et douloureux.

19 *mars*. Le sperme a une apparence purulente manifeste ; il est mélangé d'un peu de sang ; il contient beaucoup de globules de pus, des globules granuleux et des spermatozoïdes vivants, mais rares. Globules sanguins en assez grand nombre.

25 *mars*. Nouvel examen du sperme qui est semblable au précédent sauf qu'il ne contient pas de globules du sang.

### Observation XII.

Spigelhalter (Alexis), 17 ans, boutonnier, entré le 25 février 1880. — Service de M. Horteloup.

Blennorrhagie, datant de 15 jours, lorsque survient une orchite gauche qui dure depuis 8 jours, et une orchite droite depuis 5 jours.

Les phénomènes sont à peu près égaux des deux côtés au moment de l'entrée, mais diminuent assez rapidement sous l'influence du repos et du traitement approprié ; cependant les parties sont encore volumineuses lorsqu'on examine le sperme.

20 *mars*. Le sperme est jaune opalin. Quelques spermatozoïdes disséminés dans le liquide ; globules de pus assez abondants et globules granuleux.

Le malade a eu plusieurs pollutions nocturnes assez abondantes dans le cours de son orchite.

### Observation XIII. (Liégeois.)

M. X..., âgé de 20 ans, est entré à l'hôpital pour une double épididyme non blennorrhagique, survenue à la suite d'un effort pour soulever un fardeau. La première épididymite datait d'un mois, à partir du jour où l'examen du sperme a été fait ; la seconde était survenue huit jours après la première ; Quand ce malade est entré à l'hôpital, les bourses avaient le volume du poing ; les deux épididymes étaient augmentés de volume quoique médiocrement indurés. A sa sortie, après quinze jours d'hôpital, l'augmentation de volume était inappréciable. Le sperme était en assez grande quantité (3 grammes). Au microscope, on trouvait de nombreux spermatozoïdes (300 à 400

sous chaque champ), en outre des leucocytes ; des granulations graisseuses ; des cellules pavimenteuses.

Observation...... (Liégeois.)

M. X..., âgé de 30 ans, de bonne constitution, se présente à la consultation pour un examen de la verge. Il a eu, il y a deux mois, une première épididymite à gauche, pour laquelle M. L. Labbé a pratiqué la ponction de la tunique vaginale. Dix jours après, il a eu une épididymite du côté droit, mais peu considérable. Aujourd'hui l'induration et le gonflement sont très prononcés à gauche; à droite, il n'y a aucune trace ni de l'un ni de l'autre. La quantité de sperme est de 2 grammes ; il est opalin, visqueux, contient des leucocytes en petite quantité, quelques noyaux spermatiques, des spermatozoïdes, au nombre de 15 à 20 sous chaque champ du microscope.

Observation XIV. (Liégeois.)

M. X..., âgé de 24 ans, de bonne constitution, a été atteint, il y a six semaines, sans cause connue, d'une épididymite gauche pour laquelle il est entré à l'hôpital. Huit jours après, une épididymite éclata dans le testicule droit Au début de la première épididymite, les bourses étaient volumineuses, l'épididyme notablement engorgé ; quand le testicule du côté opposé fut pris, l'épididyme de ce côté acquit un volume considérable. A sa sortie de l'hôpital, l'épididyme gauche ne présente plus de gonflement normal ni d'induration contrairement à l'épididyme droit. Sperme $1^{gr},50$, coloration laiteuse, odeur caractérisée, quelques leucocytes, 150 à 200 spermatozoïdes très vivaces.

Observation XV. (Liégeois.)

M. X..., âgé de 19 ans, de bonne constitution, est entré depuis quinze jours à l'hôpital pour une épididymite droite survenue à la suite de masturbation fréquente. Au bout de quatre jours, l'épididymite gauche se prit ; ce sujet n'a eu aucun écoulement uréthral. La résolution de l'iuflammation des deux côtés fut rapide. A sa sortie, quinze jours après le début de sa première orchite, le gonflement des deux épididymes qui avait été noté au début n'existait plus. La quantité de sperme était de $1^{gr},50$ ; il était blanc, laiteux, visqueux, odorant, et présentait sous le champ du microscope 50 à 60 spermatozoïdes, de nombreuses granulations graisseuses, une quantité abondante de leucocytes.

Il serait intéressant de rechercher, ainsi que l'ont fait Godard, M. Gosselin et Liégeois, à quelle époque et dans quelle proportion les spermatozoïdes reparaissent dans le sperme, à la suite d'une épididymite double. N'ayant pu faire des recherches personnelles sur ce sujet, je dirai seulement que d'après les travaux des auteurs précédents, un grand nombre des individus atteints d'orchite double ont plus tard un sperme dépourvu de spermatozoïdes,

puisque Liégeois dans sa statistique qui comprend quatre-vingt-trois cas, n'a constaté le retour des spermatozoïdes que huit fois.

La seule question qui mériterait d'être soulevée, consiste à se demander si, parmi ceux dont le sperme contient des spermatozoïdes jusqu'à une époque avancée du début de l'affection, ainsi que j'en rapporte des exemples, les spermatozoïdes disparaîtront complétement, ou bien si au contraire, après avoir diminué d'une façon considérable, ils reprendront leur chiffre normal. Ainsi s'expliquerait l'anomalie apparente indiquée par Liégeois, d'après laquelle il aurait vu les spermatozoïdes reparaître rapidement. Il explique ce fait par la faible intensité de l'inflammation n'ayant laissé qu'une oblitération passagère. Or, quand on lit ses observations que je reproduis plus loin, on voit qu'il serait possible de les interpréter, à cause de l'époque récente de l'épididymite par ce fait que les spermatozoïdes n'ont jamais disparu complétement, et que l'oblitération, phénomène déjà secondaire de l'inflammation, ne s'est pas produite.

Je laisse cette question en suspens, n'ayant pas les observations nécessaires pour la résoudre.

*Épididymites unilatérales.* Si nous examinons les modifications du sperme dans le cas d'épididymite unilatérale, nous trouvons des modifications à peu près semblables à celles qu'on rencontre à la suite des épididymites bilatérales. Ici encore le sperme est coloré en jaune, surtout dans les premiers temps de l'affection, mais avec cette particularité spéciale que, lorsque le sperme est récemment sorti des voies séminales, il présente manifestement l'apparence d'un mélange. Dans un liquide ayant une coloration purulente, on trouve des grumeaux blanchâtres, opalins, absolument semblables à ceux du sperme normal, il y a donc bien là union de deux produits différents, l'un normal venant du côté où n'existe aucune altération, l'autre au contraire d'aspect purulent et provenant des canaux altérés par un catarrhe plus ou moins aigu.

Après quelques heures, les deux liquides jusque là assez distincts se fusionnent pour ainsi dire, et le produit total prend une teinte opaline verdâtre, tirant légèrement sur le jaune.

Quand on examine au microscope ce sperme, on constate une grande quantité de globules blancs, des globules granuleux et des

spermatozoïdes en nombre variable, très vivaces et bien conformés.

A propos de la quantité des spermatozoïdes que l'on peut rencontrer dans le sperme d'un individu atteint d'orchite unilatérale, je rappellerai l'opinion de Liégeois, opinion qui n'a pas été complètement vérifiée dans les cas que j'ai examinés. Liégeois prétend en effet que ce sperme contient beaucoup moins de spermatozoïdes qu'on ne devrait s'y attendre en admettant le mélange des deux liquides dont l'un serait normal. Il aurait constaté que dans tous ces cas, le nombre des spermatozoïdes devient infiniment petit et qu'il faut les chercher avec soin pour les trouver dans le champ du microscope. Il explique de la façon suivante cette anomalie apparente : l'appareil séminal du côté sain subirait une influence sympathique qui diminuerait l'activité de sa sécrétion, et produirait ainsi la diminution relative des spermatozoïdes. D'après ce que j'ai vu, je crois l'opinion de Liégeois trop exclusive ; en effet, dans un certain nombre de cas et sauf l'abondance des globules blancs et la fluidité un peu plus grande du sperme, on aurait pu considérer ce liquide comme presque normal. Lorsque le nombre des spermatozoïdes semble beaucoup diminué et que le liquide est très fluide, je crois qu'il est possible de donner de ce fait une interprétation différente de celle de Liégeois. Le catarrhe purulent produisant une exagération de la partie fluide du sperme comme tous les catarrhes, le mélange avec le liquide normal doit diminuer proportionnellement le nombre des spermatozoïdes dans une quantité de liquide donnée. Il m'a semblé en effet que la quantité du liquide éjaculé était notablement plus considérable dans ce cas.

Lorsqu'on examine le sperme alors que l'orchite unilatérale date de plusieurs mois, on trouve encore la même altération de coloration quoique très affaiblie ; on constate encore la présence d'un grand nombre de globules purulents et de corps granuleux, et cet état peut durer un temps très long ainsi que le démontrent les observations XIX-XX :

### Observation XVI.

Service de M. Mauriac. — Observation due à l'obligeance de M. Guyard, interne de service.

Render (Michel), 22 ans, mouleur, domicilié rue Saint-Maur, 124. Entré le 18 avril 1879.

Première blennorrhagie cordée, il y a un an, très douloureuse. Durée, 2 mois. Aucune complication du côté des testicules.

Deuxième blennorrhagie, il y a 7 mois, très bénigne; écoulement peu abondant, mais augmentant à chaque fatigue un peu exagérée.

Depuis le 3 avril, légère douleur et augmentation de volume peu marquée dans le testicule gauche.

Le 17 avril, excès de boisson à l'occasion du conseil de révision. Le lendemain douleur très vive, marche presque impossible. Rougeur et gonflement considérables.

L'écoulement a complètement cessé depuis 15 jours.

21 *avril* 1879. L'écoulement n'a pas reparu. La peau du scrotum du côté gauche est rouge et adhérente. Le testicule a doublé de volume. Au niveau de son bord postero-supérieur, on sent l'épididyme engorgé, bosselé, très volumineux, presque autant que le testicule. Mais le cordon ne présente ni dans sa consistance, ni dans son volume, aucune complication sensible. Le malade se plaint de douleurs névralgiques réflexes.

Il donne de son sperme le 21 avril à 10 heures 1/2.

21 *avril*. Examen du sperme.

Coloration jaune pâle. Spermatozoïdes abondants et très vivaces. Globules de pus très abondants. Gros globules granuleux en quantité notable. Nombreuses granulations graisseuses réfringentes.

### Observation XVII.

B... (Jules), âgé de 20 ans, cartonnier. Entré le 3 décembre 1879 dans le service de M. Horteloup.

La blennorrhagie remonte à trois mois.

Le 20 novembre, il fut pris d'épididymite à droite. L'écoulement qui s'était arrêté quelques jours avant, n'a pas reparu depuis cette époque.

L'épididyme est très volumineux et s'accompagne d'une funiculite interne. Le testicule gauche est sain.

*Examen du sperme le* 10 *décembre*. Couleur légèrement purulente. Les spermatozoïdes sont abondants et vivants. Les globules de pus sont nombreux ainsi que les globules granuleux.

### Observation XVIII.

Mestrallet (Ambroise), 34 ans, journalier, entré le 16 mars 1880.— Service de M. Horteloup.

Épididymite à droite depuis 8 jours, survenue un mois et demi après le début d'une blennorrhagie subaiguë.

6 *avril*. Sperme purulent contenant beaucoup de globules de pus avec quelques gros globules et des spermatozoïdes vivants, mais rares.

### Observation XIX.

Hôpital du Midi. — Service de M. Simonnet.— (Observation due à l'obligeance de M. Mathieu, interne du service.)

Veinachter (Pierre), 22 ans, estampeur, entré le 24 mars 1879.

Il a contracté, il y a eu deux ans et demi, une blennorrhagie qui n'a pas guéri complètement. Passée à l'état de goutte militaire, elle amena : une orchite gauche en novembre 1878. — Une deuxième orchite gauche en janvier 1879. — Enfin une troisième orchite gauche le 24 février 1879 La dernière s'accompagna d'une funiculite très vive.

18 *avril*. Le malade guéri est près de sortir. Son épididyme est induré ; on sent à la queue un épaississement et une induration en plaque. Le canal déférent est induré, irrégulièrement augmenté de volume, noueux dans toute son étendue.

L'épididyme et le cordon ont conservé une sensibilité anormale. Le testicule droit est sain.

20 *mai*. Examen du sperme. Il est de couleur jaune opaline ; on trouve des spermatozoïdes vivants en assez grande quantité, des globules de pus très nombreux, des granulations libres et des gros corps granuleux.

## Observation XX.

Phillips (Charles), 24 ans. Entré le 15 novembre 1879. — Service de M. Horteloup.

Il a eu une première blennorrhagie en 1873. Depuis cette époque, il en a eu plusieurs autres.

En 1877, il eut une épididymite blennorrhagique du côté droit. Elle dura environ un mois. Depuis cette époque, l'épididyme est resté gros, volumineux, et fut le siège de poussées inflammatoires qui se renouvelèrent plusieurs fois.

On sent l'épididyme volumineux, à peine bosselé. Au niveau de la queue, la tuméfaction est plus considérable. Canal déférent plus volumineux et plus gros que celui du côté opposé. Il n'y a ni funiculite, ni inflammation du scrotum.

Le testicule gauche est sain. La prostate est intacte. Il n'y a plus d'écoulement appréciable dans l'urèthre.

22 *novembre* 1879. Examen du sperme.

Couleur purulente. Spermatozoïdes vivants assez nombreux. Globules de pus très abondants. Quelques globules granuleux et volumineux. Granulations graisseuses.

Si nous jetons en terminant un coup d'œil d'ensemble sur les modifications du sperme survenues à la suite de l'épididymite blennorrhagique, nous pouvons résumer ces altérations de la façon suivante :

Le sperme est altéré dans sa coloration, dans la nature et la proportion de ses éléments anatomiques ; mais ces altérations diffèrent suivant l'époque de l'épididymite.

Pendant la période aiguë, le sperme a pris une teinte jaune verdâtre plus ou moins accentuée qui le fait ressembler à du pus. Cette coloration est due à la présence d'une quantité variable de globules purulents. Le nombre de ces derniers paraît influencer

l'intensité de la couleur purulente. On trouve également une certaine quantité de gros globules granuleux.

Les spermatozoïdes peuvent manquer complètement dès les premiers jours, mais, dans certains cas, on en rencontre encore quelques-uns bien conformés et vivants, nageant au milieu du liquide purulent. Ils peuvent persister ainsi pendant un temps variable ; et peut être même ne disparaître jamais complètement jusqu'à la guérison totale.

Le mélange de globules de pus et de globules granuleux, dans lequel se rencontrent souvent des spermatozoïdes ne peut être fourni que par la muqueuse des voies séminales enflammées, ainsi que le prouve la nature identique du liquide trouvé dans le canal déférent dans certaines autopsies.

Nous avons ainsi une preuve de l'altération des voies séminales, altération qui est manifestement un catarrhe purulent.

Lorsque l'état aigu de l'épididymite a disparu, les mêmes altérations du sperme persistent; cependant, la coloration est moins nettement purulente; les éléments du pus sont moins abondants; les spermatozoïdes ont disparu dans la plupart des cas; la partie liquide est devenue seulement prédominante. Ces altérations peuvent persister pendant un temps très long, peut-être même d'une façon indéfinie, surtout dans les cas où les spermatozoïdes ne reparaissent pas dans le sperme.

Dans les épididymites unilatérales, les altérations sont de même nature, mais considérablement atténuées par le mélange du liquide venant du côté malade avec celui du côté sain.

---

V

# SUR LA VALEUR PROPHYLACTIQUE DE L'EXCISION DE LA SCLÉROSE SYPHILITIQUE INITIALE.

Par **J. CHADZYNSKI**, D. M. P.

Ancien interne des hôpitaux de Lyon; médecin de l'hôpital général de Lemberg. (Gallicie autrichienne.)

---

Depuis le moment où les expériences cliniques (Bassereau, Clerc, Rollet) ont définitivement séparé du chancre mou le chancre induré, et lui ont assigné des caractères acceptés par tous les syphiligraphes, on s'est accordé à reconnaître : 1° que le chancre induré ne se procrée jamais de soi-même, mais qu'il est quelquefois médiatement, le plus souvent immédiatement, communiqué à l'organisme par contact avec un point contagieux produisant toujours une lésion de même nature; 2° que le chancre induré syphilitique, n'appartient ni aux poisons, ni aux venins, car ces deux agents, suivant la qualité et la quantité de l'élément introduit dans l'organisme, épuisent leur action sur le même sujet, et cela, dans un espace de temps relativement assez limité, heureusement ou malheureusement, suivant le degré de résistance de l'organisme. Dans la syphilis, au contraire, après contact suspect, ce chancre induré n'apparaît au plus tôt que 24 heures, habituellement le 3e, 5e, assez souvent le 7e, quelquefois le 25e, exceptionnellement le 60e jour (1), sous forme d'une rougeur, quelquefois légèrement exulcérée, sur laquelle peut s'élever une vésicule, une pustule, puis cette lésion commence à s'indurer et est déjà, ou sera après 25 jusqu'à 125 jours (Rinecker, Vidal de Cassis) un signe d'imprégnation générale et l'on verra apparaître les symptômes secondaires.

(1) Une fois chez un marin embarqué depuis deux mois ; une deuxième fois, chez une femme détenue à Saint-Lazare depuis 60 jours (Belhomme et Aimé Martin. — *Traité de la Syph. et des malad. vénér.* 1876, 2e édit.)

La marche, les périodes, la contagion de la syphilis sont soumises à certaines règles communes à d'autres maladies générales contagieuses (variole, vaccin, morve) ; aussi en l'absence de caractères spécifiques, il est nécessaire pour arriver à la solution du problème, de rechercher si cette sclérose primitive est déjà le signe de l'infection générale au moment de l'apparition de l'induration à la base du chancre, ou seulement alors que ses satellites habituels, les ganglions limitrophes, ont commencé à s'engorger, c'est-à-dire si une incubation plus ou moins longue est indispensable pour préjuger de l'existence déjà accomplie, ou de l'imminence de l'imprégnation générale.

La pathologie générale nous apprend, il est vrai, que la morve, assez rapprochée de la syphilis par ses caractères d'ulcération primitive des fosses nasales, s'en distingue néanmoins par le cours ultérieur de la maladie s'effectuant dans les poumons, les muscles (abcès subaigus, chroniques) ; en conséquence, les expériences de Renault d'Alfort (1848) sur 13 chevaux (cautérisation du point contaminé 24 heures après l'inoculation) ne peuvent nous fournir aucune donnée pour la solution de l'absorption immédiate du virus : la scène se passant dans deux organismes complètement différents, et les deux maladies étant dissemblables. Steinbrener, 1846, Bousquet, 1848 (*Traité de la vaccine*), tout en soutenant que l'absorption du vaccin a lieu immédiatement, lui reconnaissent cependant une certaine incubation, et admettant que la vaccine, comme la syphilis, préserve d'une seconde atteinte, malgré les cas d'une nouvelle variole constatés chez des personnes ayant sur le visage des traces indélébiles de la première maladie ; mais ils ne résolvent pas cette question d'absorption, et indiquent uniquement un rapprochement entre la vaccine et la syphilis, dans laquelle Diday (1), Köbner (2), Lancereaux (1875, *Traité de la syphilis*), admettent des faits de réinfection avec chancre induré, ce qui affirmerait seulement la possibilité de la cure des deux maladies. Pasteur, dont il faut toujours faire mention quand on traite des maladies virulentes, ne voit dans cette question de contagion qu'une culture progressive de parasites se laissant transmettre à un autre organisme. Actuellement, n'a-t-il pas démontré que le virus du choléra des poules peut provoquer une maladie mortelle sans exception ; mais que, par une culture mitigée de l'élément virulent, on peut obtenir un virus tellement

(1) *Histoire naturelle de la syphilis. — Archives de méd.*, 1862.
(2) *Wien. méd. Wochenschrift*, 1872.

affaibli qu'il développera la même affection, mais curable et préservant de la récidive de la première maladie (Académie de méd. 12 février 1880. *Gazette hebdom.).* Hélas ! de pareilles expériences avec le virus de la vérole ne sont pas praticables ; nous n'avons pas de virus syphilitique mitigé pour pouvoir le communiquer à un organisme sain, libre de contagion.

La tuberculose a aussi avec la syphilis plus d'un point de similitude : 1° elle est transmissible (Villemin) ; 2° la résistance plus ou moins active de l'organisme joue un grand rôle dans les deux maladies : ainsi la syphilis chez un sujet peut ne se manifester que par un symptôme local sur la peau ou sur une muqueuse ; de même, la tuberculose peut se fixer dans un seul organe (larynx, testicule, etc.) ; 3° toutes deux, comme maladies acquises, sont curables ; comme maladies héréditaires, la tuberculose dans un âge plus avancé, la syphilis déjà sur le fœtus, ou bien sur l'enfant nouveau-né, font sentir leur action pernicieuse ; 4° les deux ont une période d'incubation ; pour la tuberculose, prouvée par Conheim (*Die tuberculose vom Standpuncte der Infectionslehre* Lipsk, 1880), qui, indroduisant dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin un fragment de noyau tuberculeux, ne vit de changement, dans ce fragment complètement limpide, que le 8e jour et le produit tuberculeux se retrouva plus tard dans le poumon et d'autres organes, c'est-à-dire qu'après une incubation il est résulté une infection générale.

En conséquence de tous ces faits de pathologie générale, les uns admettent que le virus transmis à notre organisme, au lieu de l'irritation, a besoin absolument des vaisseaux lymphatiques pour pénétrer dans le courant sanguin, et que l'induration, quelque légère qu'elle soit, est toujours un signe de l'infection générale. Cusco soutint même *(Gaz. des hôp.* 1862) que sans le chancre, qui du reste peut quelquefois manquer, l'infection peut avoir lieu, quoique habituellement une érosion de l'épiderme, de l'épithelium doit être la voie par laquelle le virus pénètre dans l'économie. — Belhomme et Martin (*loc. cit.*) ont très justement remarqué, qu'il est difficile d'admettre pourquoi le premier élément d'infection, de contagion, devrait subsister (ce qui du reste habituellement n'a pas lieu) pour se mélanger avec le virus parfaitement éclos et produire au lieu de première lésion un chancre hybride. Ils reconnaissent du reste que si l'infection s'effectue toujours au point de la lésion primitive, c'est par suite de l'irritation causée par la présence du virus : ainsi se passent les choses avec les pustules de vaccine, qui sont pourtant un phénomème de l'infection générale, c'est-

à-dire de l'absorption immédiate du virus : l'intervalle de temps appelé incubation n'est qu'une période nécessaire pour le renouvellement du virus.

Les partisans de la non-infection immédiate demandent, pourquoi la sclérose initiale, ce prétendu signe d'infection accomplie, n'apparaît pas ailleurs, par exemple, sur un point quelconque dépouillé d'épiderme ou d'épithélium, mais toujours au lieu de contact, au point d'inoculation? Si l'ulcération (la lésion primitive en général) apparue après 24 heures commence à s'indurer le cinquième et après 3, 4, 5, 6, 8 semaines sans changement local, apparaît la syphilis, comme conséquence inévitable, comment expliquer cette incubation plus ou moins longue? Est-ce que la théorie du chancre mixte, presque exceptionnel, peut expliquer les métastases de l'organisme entier? Pourquoi les partisans de cette théorie ne prescrivent-ils pas le mercure dès l'apparition de la sclérose, sans attendre les inévitables symptômes secondaires? Pourquoi l'inoculation d'un chancre induré à un malade déjà atteint d'un ulcère de même nature provoque-t-elle dans la 2e ou la 3e semaine une induration secondaire (Biedencap, Beck)? Comment encore expliquer le fait suivant, que j'observe en ce moment dans ma division: Une femme, qui depuis 5 semaines a, avec une adénite axillaire droite intense, 12 chancres indurés en cupule sur le sein droit réservé à un nourrisson, mort depuis, porte sur l'aréole du sein gauche réservé à son propre enfant resté sain jusqu'à présent (6 mois), trois chancres moins indurés de fraîche date (2 semaines) avec une adénite axillaire gauche relativement légère.

Si pendant cette période d'incubation, il n'est pas possible de saisir à l'œil un changement quelconque apparent et si l'observation clinique ne fait que constater un fait déjà accompli, les recherches histologiques, au contraire peuvent, même avant l'apparition de la sclérose, déceler des altérations de texture bien accentuées. Dans le virus vaccin, ces changements de texture reconnus par Robin *(Bulletin de l'acad. de méd.* 1861*)* comme des altérations de l'élément primitif albuminoïde, par Chauveau (1868), comme des particules, éléments atomiques solides, seuls transmissibles, contenus dans les parties liquides, furent reconnus par d'autres anatomistes dans le virus syphilitique comme une généralisation de l'inflammation de la sclérose, se propageant aux vaisseaux sanguins et lymphatiques, par suite d'une multiplication de cellules, qui plus tard pénètrent dans le courant de la lymphe, dans le courant circulatoire (fait témoigné par l'induration d'un cordon induré

lymphatique). Toutes ces altérations de textures étudiées récemment par Unna, 1877 (*Vierteljahresschrift für Dermat. und Syphil.*, n$^{os}$ 1, 2), sont la suite d'un œdème spécial du tissu cellulaire conjonctif, accompagné d'une exubérance et d'une multiplication de nouvelles cellules embryonnaires du chorion avec état inflammatoire oblitérant les veines et les artères (*endophlébites, endartérites oblitérantes*), c'est-à-dire un état de phlogose, d'infiltration par de nouvelles cellules des parois extérieures (*adventitia*), plus tard intérieures (*intima*) des veines et des artères. — Dans les vaisseaux lymphatiques pareilles altérations ne se rencontrent pas.

Cornil (1879, *Leçons sur la syphilis à l'hôpital de Lourcine*, p. 46) reconnaît, de même, que ce qui distingue spécialement le chancre induré, c'est une multiplication, une prolifération, une infiltration, une hyperplasie générale des glandes, des papilles de tous les tissus (cellulaire, conjonctif) (1), qui sont enflammés, infiltrés par des éléments lymphatiques cellulaires, lésions provoquant une induration œdémateuse et réagissant sur tous les vaisseaux de la région voisine. La cicatrice s'obtient facilement, car l'ulcération est superficielle; les papilles se débarrassent promptement des cellules lymphatiques ; le tissu muqueux, l'épithélium se renouvellent souvent avec une célérité surprenante. Donc, état inflammatoire, lésion du tissu conjonctif, des parois extérieures et intérieures des vaisseaux, véritable sclérose des vaisseaux et de tout ce qui se trouve à l'entour, voilà ce qui spécifie l'induration. La disposition plus ou moins superficielle des vaisseaux formant habituellement deux couches distinctes, selon que le lacis des vaisseaux superficiels ou profonds se trouvera infiltré, représentera ou l'induration parcheminée ou la sclérose classique, cartilagineuse. Cette infiltration dans le tissu conjonctif de cellules qui ne se développent que lentement et ne peuvent être que lentement résorbées explique : 1° l'incubation ; 2° la durée du chancre induré, c'est-à-dire le temps nécessaire pour la résorption de l'infiltration cellulaire. Enfin le D$^{r}$ Cornil pense, sans se prononcer absolument, que le virus syphilitique n'agit pendant un certain temps que dans le point contaminé sur les cellules les plus rapprochées, qu'il dispose par progression à l'hyperplasie, ce signe caractéristique du chancre induré (*loc. cit.*). En considération de toutes ces altérations de texture, Auspitz (*Wien. med. Presse*, n. 50, 51, 1878) soutient que l'induration doit être considérée comme un symptôme local, initial, comme la première incubation des lésions histologiques précitées;

(1) Verson. B. 45, 1869. *Archiv. für pathol. Anatom.*

la deuxième incubation (*Brüttstatten*), c'est-à-dire le développement accompli de l'infection, se manifestera par la roséole et autres symptômes secondaires, car pendant la deuxième incubation le virus a pénétré dans le courant circulatoire et plus ou moins dans tous les tissus, pour *quelques-uns* par l'intermédiaire seul des vaisseaux lymphatiques, et par les ganglions : 1° vu l'indolence des ganglions ; 2° vu l'apparition du cordon induré lymphatique se dirigeant de l'ulcération aux ganglions, puis de ce dépôt général du virus, par le canal thoracique dans les veines et dans le courant circulatoire.

Mais alors l'induration initiale serait une lésion locale et ne serait pas la conséquence d'une infection générale devant se développer fatalement ; autrement de quelle façon le premier passage du virus par les vaisseaux lymphatiques et les ganglions a-t-il pu avoir lieu sans réaction apparente nuisible et ne se manifester que plus tard par l'induration, au moment de son second passage et son introduction dans le courant sanguin ? Jusqu'à présent, du moins, on n'a pas encore prouvé que le cordon induré soit toujours un vaisseau lymphatique, que les ganglions non seulement ne s'opposent pas au passage du virus, mais même le provoquent et s'infiltrent de l'extérieur à l'intérieur, avant que l'infection générale ne se soit développée.

Il résulte donc des recherches d'Unna et de Cornil que, dans la sclérose initiale du chancre, les parois extérieures et intérieures des vaisseaux sanguins sont plus épaisses, infiltrées, par suite leur canal est peu perméable ou à peu près imperméable, le cordon lymphatique, au contraire, est libre de ces lésions de texture (1); son induration provient de l'inflammation du tissu cellulaire infiltré et de tout le paquet des vaisseaux (*Gefassbündel*), c'est-à-dire est la continuation de la sclérose sans rapports avec les ganglions plus ou moins rapprochés, jusqu'auxquels en effet, jamais, ou bien par hasard, exceptionnellement, on a pu suivre le cordon (*bis zu welchen man in der That den Strang niemals oder nur zufallig und ausnahmweise verfolgen kann*).

Sous le rapport de la progression du virus, à partir de l'ulcération jusqu'aux ganglions plus ou moins engorgés, Fournier a prouvé la rareté du fait sur le cadavre à Lourcine. Cet engorgement des ganglions pouvant provenir d'une disposition lymphatique, scrofuleuse, tuberculeuse, d'un travail excessif, enfin de la cachexie syphilitique, accompagne il est vrai, souvent, mais pas

(1) Cas de Lewin (Berlin), *Klin. Woch.* (page 7 de cet article).

toujours la sclérose initiale et prouve davantage l'effet, la réaction de celle-ci, que la voie par laquelle le virus s'est introduit dans le courant circulatoire (Auspitz, *loc. cit.*).

Par conséquent, il nous semble plus facile d'accepter l'opinion qui soutient que le virus s'est glissé dans l'organisme de la lésion locale par les vaisseaux en général, mais non exclusivement par les lymphatiques ; il est alors plus facile de saisir comment les lésions histologiques susdécrites (engorgement, infiltration, induration des tissus) se communiquant aux parois extérieures, intérieures, aux membranes des veines et artères, amènent leur oblitération (*endophlebitis, endoarteritis obliterans*), et enfin, progressant le long de ces vaisseaux jusqu'à leur intérieur, parviennent jusqu'au torrent sanguin.

Les auteurs suivants, par des recherches expérimentales ou cliniques, ont cherché à résoudre ce problème de l'incubation. En 1867, C. Mayer (*Centralblatt für chirurg.*) dans un cas, Ulric (1) dans trois cas d'excision, ont eu pour résultat une seconde induration sur place ou bien des symptômes secondaires;

Langenbeck (2), dans deux cas, a eu un succès après un an d'observation ;

Thiry (1870. *Presse médicale belge*, n° 38), dans un cas, résultat négatif ;

C. Vogt (3), dans plus de 20 cas, a pratiqué l'excision même sans distinction du chancre, ne serait-ce qu'en vue d'une cicatrice plus prompte ;

Kuszlinski, 1874 (4), dans un cas, après 3 ans, ne vit aucun symptôme secondaire ;

Lewin (5), 1873, dans un cas ; Caspary (6), 1876, dans trois cas, dont un présentait déjà des symptômes secondaires, ne réussirent pas : seulement Lewin fait cette importante remarque « *qu'en tendant à la lumière une petite lèvre très mince, outre un engorgement vasculaire, il ne lui fut pas possible, ni par le toucher, ni par la vue, de saisir quelque part que ce fut, le moindre engorgement des vaisseaux lymphatiques.* »

Sigmund a publié (*Wiener med. Presse*, 1867, n^os^ 43, 44. *Ueber die Behandlung der ersten Merkmale und Erscheinungen*

(1) 1867, *Berlin. klin. Wochenschrift*, n° 27.
(2) 1867, — —
(3) 1871, — — n° 38.
(4) *Dissertation ueber der Excision der Schanker.*
(5) *Berlin. klin Woch.*, n° 12.
(6) *Vierteljahresschrift für Dermat. und Syphil.*

*der Syphilis*) une statistique de 147 malades chez lesquels il a détruit la sclérose, dans le plus bref délai après la constatation de l'induration, par le sublimé corrossif, la pâte de Vienne et le sulfate de cuivre. Il résulte de cette statistique que 35 sur 39, c'est-à-dire 14 sur 15, sont restés indemnes de toute induration après destruction de la sclérose dès le deuxième jour ; 21 sur 24 après destruction dès le troisième jour ; sur 22 traités indifféremment, 11 furent contaminés ; 92 fois la source de contagion fut constatée. En 1878, Kolliker, sous le contrôle de Rinecker (*Centralblatt f. Chirurg.*, n° 48) dans 8 cas, excisés aux 7e, 9e, 14e jours après l'apparition du chancre, jusqu'à 7 semaines, avec une induration plus ou moins manifeste, dans trois cas n'a pas constaté de symptômes d'infection.

En 1879, Rydygier (*Leczcnie chirurg. wiewiorow*, etc. Traitement chirurgical de la blenorrhagie et du chancre initial. *Gazeta lekarska* n° 45, Varsovie), dans trois cas, après un an et demi d'observation, les malades sont restés libres d'infection ultérieure.

C. Hucter (*Excision der ulc. Indurat.* (1) *Berlin, klin. Woch.*, 1867, n° 27), et plus tard (*Centralblatt f. Chirurg.*, 1879, 23, 24). *Zur Geschischte der Excision der Syph. initial Sclérose* (2), dans sept cas, deux fois après 6 mois, il n'y eût aucun symptôme secondaire ; une fois, seconde induration sur place. Pour lui toute sclérose doit être excisée dans le but d'arrêter l'évolution syphilitique, et d'amender les symptômes de la deuxième période.

Pick (1879, *Archiv f. expériment. Pathol. et Pharm.* Leipsik, p. 218), publia que, dès 1874, il excisait l'ulcération primitive A, dans des cas où la sclérose existait seule, et dans quelques-uns (combien ?), même après une observation d'un an et demi, il ne se déclara aucun symptôme syphilitique. Dans deux autres conditions B quand les ganglions étaient fortement engorgés, C, ou bien quand il existait déjà des symptômes de syphilis, les accidents ultérieurs présentèrent dans leur cours peu de différence à la règle, ils furent néanmoins *toujours* atténués.

En 1879, des quelques très succinctes et instructives réflexions sur l'excision du chancre induré (publiées par Ed. Klink (*Medycyna*, nos 42, 43, 54. Varsovie), il résulte qu'après une excision (depuis 3, 6, 18 jours) sans engorgement des ganglions ? dans dix cas d'insuccès, sept lui appartenant en propre et trois cas empruntés il ne peut cependant (en observateur consciencieux sur un nombre

(1) *Excision du chancre induré.*
(2) *Histoire de l'excision de la sclérose initiale syphil.*

insuffisant de cas) nier la possibilité de l'absence d'apparition de la syphilis après excision du chancre induré. Klink pense néanmoins que l'excision n'est pas une garantie contre les pernicieux symptômes ultérieurs possibles de l'infection et conseille après les plus minutieuses investigations anamnestiques : 1° la plus scrupuleuse circonspection avant de poser le diagnostic ; 2° s'il est possible de continuer en collaboration les expériences ultérieures, avec confrontation de la source de l'infection 3° une observation suffisamment prolongée (plus de 3 mois) (2).

Zarewicz et Krowczynski, dans un cas particulier, eurent chacun un insuccès, 1879 (Przeglad Lekarski, Cracovie).

Toutes ces recherches expérimentales suivies de succès ou d'insuccès furent mieux appréciées depuis la publication des 32 observations d'Auspitz (1877 *Vierteljahresschrift f. Dermat. und Syphil.* nos 1, 2 et surtout depuis le complément (*Wien. med. Presse.* 1879, nos 17, 18), ajouté à la première description, d'où il résulte que l'apparition du chancre eut lieu entre 4 jours et 4 semaines, la cicatrice se termina six fois par première intention, dix-huit fois la cicatrice resta molle, treize fois il y eut seconde induration. En négligeant les malades qui ne se sont plus présentés à l'observation, et les cas insuffisamment observés, on voit que sur les 23 regardés comme complètement à l'abri de la critique la plus sévère (*Korrect, verwerthbare Falle*), neuf furent contaminés ; mais chez quatorze, après une observation de 16, 15, 14, 12 mois, deux de 11 mois, un de 9, 8, 6 mois et quatre de 4 mois 1/2, il n'y eut pas de symptômes secondaires. Actuellement les huit succès sur 19 cas de Folinea de Naples (*Annales de Dermat. et de Syph.* n° 2, 1880), ne peuvent que donner encore plus de retentissement à ce procédé de prophylaxie syphilitique.

Après avoir résumé cette statistique assez longue, plus ou moins complète, mais très importante, et devant contribuer en partie à la solution du difficile problème des indications de l'excision, et avant d'exposer le tableau synoptique de mes 30 observations commencées en octobre 1877, il me reste à faire quelques réflexions préliminaires.

En premier lieu, c'est que les 3/4 de mes malades étant soumis à un contrôle incessant, n'ont présenté, après les plus minutieuses investigations, aucune trace de syphilis ; 2° qu'il m'a fallu malgré ce

(1) Condition difficile à remplir et ne mettant pas absolument à l'abri de la part d'un esprit prévenu du reproche de partialité et d'une erreur de diagnostic.
(2) Terme insuffisant (5 ou 6 mois).

contrôle, n'accepter qu'avec réserve le jour de la contamination probable (entre 10 et 20), car il a pu se rencontrer un certain délai de présentation à la visite officielle, soit pour cause d'indifférence, de mauvaise volonté, de menstruation, d'absence plus ou moins prolongée, etc. Ensuite, sachant par expérience que les caractères extérieurs de la lésion ne suffisent pas toujours pour juger de sa nature, et afin d'assurer mon diagnostic, j'ai noté l'état d'engorgement des ganglions, observé les phases d'apparition, de suppuration et de formation de la cicatrice de la lésion problématique. Pour éviter toute erreur possible, j'ai retardé, au détriment du résultat de la statistique, l'excision aussi longtemps que la lésion pouvait être considérée comme étant sous l'influence d'une irritation quelconque (cautérisation, frottement, contusion), jusqu'à ce que cette irritation passagère se fut calmée sous l'influence de l'expectation et de moyens anodins (eau phéniquée, iodoforme, charpie). J'ai apporté la plus scrupuleuse attention à distinguer les folliculites quelquefois exulcérées, œdématiées, simulant l'induration spécifique. Une aussi minutieuse observation a été appliquée à l'appréciation de toute lésion pouvant prêter à l'ambiguité.

Dans l'état de formation de la cicatrice, il suffit de rappeler que la surface est d'un rouge plus ou moins foncé, comme de la viande fraîche, du jambon ; que cette surface, quelquefois couverte de filaments gluants d'épithélium, est lisse, se fondant avec les bords limitrophes, que la cicatrice se fait par cercles concentriques, dont le plus rapproché du bord de la peau en a presque la même teinte. Par conséquent la cicatrice s'épidermise (verhaütel) sans attirer les bords afférents, sans mettre à contribution l'entourage, comme cela a lieu avec le chancre mou, qui se cicatrise réellement (vernarbt). Sur cet épiderme frais restant plus ou moins rosé, plus tard se couvrant de squames faciles à détacher, on peut par le pincement obtenir des plis, et après cicatrisation complète, il reste peu de trace de cette sclérose, d'où il suit qu'une cicatrice témoignerait davantage d'un chancre mou que d'un chancre induré (Grünfeld. *Die Harte des Schankers als characteristicum der Initialform der Syphilis* (1) *Allgem. Wien. med. Zeitung*, n° 42, 1878). L'opinion contraire est plus répandue. S'il reste une cicatrice après un chancre mou, elle est blanche, sans trace de pigment à l'entour, mais après le chancre induré, il reste toujours une cicatrice et le Dr Moutaz (Recherches sur la trace indélébile du chancre syphilitique, ses caractères. — *Annales de Dermat. et de Syphil.*, 1880, n. 1),

(1) L'induration du chancre comme caractère de la sclérose initiale de la syphilis.

pense qu'elle peut servir de base à un jugement médico-légal. Nous sommes de l'opinion de notre ancien collègue le Dr Doyon, qu'il est quelquefois difficile, même par une investigation minutieuse, de retrouver cette première voie d'infection, si surtout une autre maladie des parties génitales a déjà laissé une cicatrice.

Outre toutes ces difficultés d'appréciation scrupuleuse du passé d'un malade, il faut encore prendre en considération, pour éviter une erreur de diagnostic les dispositions scrofuleuses, tuberculeuses, lymphatiques, qui plus d'une fois donnent un caractère de gravité à toute autre maladie et peuvent par conséquent provoquer une induration accidentelle, passagère à une ulcération simple. Il faudrait enfin, s'il est possible, constater la provenance (2) de l'infection.

N'ayant pas, sous ce rapport, de données suffisantes, il faut attendre que de longues et patientes expériences ultérieures, avec confrontation, élucident cette question encore non résolue d'une incubation plus ou moins prolongée, et qu'elles nous expliquent pourquoi le virus est resté dans l'intérieur de nos tissus pendant un certain laps de temps sans se mélanger au sang? Pourquoi une pareille séquestration a besoin de 5, 25, exceptionnellement 60 jours d'incubation?

Si l'on admet que notre organisme a sa manière d'être et de réagir contre toute maladie, que pendant l'incubation le chancre induré n'est pas encore le signe d'une infection accomplie, mais un accident local réagissant sur place, ce que, du reste, certifient les altérations histologiques trouvées dans les tissus, dans les vaisseaux sanguins, plus tard, dans les vaisseaux lymphatiques et les ganglions (lésions qui réagissent seulement par agglomération, prolifération, au début sur l'entourage, à la fin sur toute la constitution) ; si l'on admet dis-je, ces propositions, on se trouve autorisé à profiter du court moment de répit offert par l'incubation et à détruire à fond, le plus tôt possible, le mal dans sa source même, dans l'induration avant qu'elle n'ait imprégné tout l'organisme.

(2) Bertherand, de Strasbourg (*Traité des mal. vénér.*), plus tard Langhebert (1860, *Traité théor. et prat.. des mal. vénér.*), soutenaient que la différence de nature des parties inoculées décide de la nature de la lésion locale. Fournier, 1860, *De la contagion de la syph.*) ne doute pas que pour la contagion il faut avant tout un véhicule, c'est-à-dire du pus et vu qu'il y en a moins sur le chancre que sur la plaque muqueuse, il en résulte qu'il regarde celle-ci comme étant plus contagieuse. Lancereaux, 1874 (*Traité de la syphilis*) et Diday rapportent des faits d'incubation de 28 jours apres une contagion par plaque muqueuse et de 18 jours par chancre induré : mais la syphilis paraît plus faible aprés la première qu'après le second. Plus longue serait l'incubation, plus faible serait la poussée secondaire.
Belhomme et Martin (1876, *loc. cit.*) inclinent vers cette manière de voir.

| NUMÉRO D'ORDRE. | JOUR D'ENTRÉE. | INCUBATION PROBABLE. | ADÉNITE SPÉCIFIQUE. | DATE définitive de L'INCUBATION. | 1re EXCISION. | SUTURE. | CICATRICE 1re INTENTION. | CICATRICE 2e INTENTION. | CICATRICE 2e INDURATION. | 2e EXCISION. | SUCCÈS DURÉE | SUCCÈS DURÉE | INSUCCÈS ÉPOQUE. | INSUCCÈS ÉPOQUE. | SYMPTOMES ULTÉRIEURS. | SUITES INCONNUES. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1877 | | | | | | | | | | | mois. | | jours. | | | 1877 |
| 1 | 11/10 | 10 | Bilatérale légère. | 10 | 11/10 | 2 | 1 | » | » | » | » | » | » | » | . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| 2 | 12/11 | 16 | » | 17 | 13/11 | 4 | » | 1 | » | » | » | » | » | » | . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| 3 | 28/12 | 18 | Bilatérale franche | 12 | 4/1 | 3 | » | 1 | » | » | » | » | 60 | 1 | Plaque muqueuse, solution Labarraq 3 fois, puis pendant 2 ans, rien. . . . . | » |
| 4 | 22/12 | 8 | » | 9 | 23/12 | 3 | » | 1 | » | » | 24 | 1 | » | » | . . . . . . . . . . . . . . | » |
| 5 | 26/12 | 8 (?) | » | 18 | 7/1 | » | » | 1 | » | » | » | » | » | » | . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| 6 | 31/12 | 16 | » | 16 | 20/2 | » | » | 1 | » | » | 7 | 1 | » | » | . . . . . . . . . . . . . . | » |
| 1878 | | | | | | | | | | | | | | | | 1878 |
| 7 | 17/4 | 8 | Unilatérale. | 11 | 20/4 | » | » | 1 | » | » | 1 | » | 90 | 1 | Roséole maculeuse. . . . . | » |
| 8 | 21/4 | 4 | Légère. | 6 | 25/4 | » | » | 1 | » | » | 6 | 1 | » | » | . . . . . . . . . . . . . . | » |
| 9 | 26/5 | 2 (?) | Polyadénite. | 2 (?) | 26/5 | 2 | » | 1 | » | » | » | » | 90 | 1 | Roséole maculeuse et plaque muqueuse. . . . . . . . | » |
| 10 | 26/5 | 5 | » | 5 | 26/5 | 1 | » | 1 | » | » | » | » | 90 | 1 | Plaque muqueuse.. . . . . | » |
| 11 | 2/7 | 10 | » | 10 | 2/7 | » | » | 1 | » | » | 11 | 1 | » | » | . . . . . . . . . . . . . . | » |
| 12 | 15/6 | 4 (?) | Grave. | 6 (?) | 17/6 | » | » | 1 | » | » | » | » | 90 | 1 | Roséole maculeuse. . . . . | » |
| 13 | 18/6 | 5 (?) | Polyadénite. | 6 (?) | 19/6 | » | » | 1 | » | » | » | » | 30 | 1 | Roséole papuleuse, plaque muqueuse. . . . . . . . | » |
| 14 | 14/7 | 4 | Monoadénite. | 2 | 14/7 | 2 | 1 | » | » | » | » | » | » | » | . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| 15 | 4/7 | 8 (?) | Polyadénite grave. | 10 (?) | 6/7 | 4 | 1 | » | » | » | » | » | 30 | 1 | Plaque muqueuse unique. | » |
| 16 | 4/7 | 5 | Bilatérale. | 7 | 6/7 | 4 | » | 1 | » | » | » | » | 150 | 1 | Roséole maculeuse abondante. . . . . . . . . . | » |
| 17 | 26/8 | 5 | » | 6 | 27/8 | 3 | » | 1 | » | » | » | » | » | » | . . . . . . . . . . . . . . | 1 |
| 18 | 10/9 | 4 | Polyadénite. | 7 | 13/9 | 1 | » | 1 | » | » | » | » | 60 | 1 | Roséole papuleuse. . . . . | » |
| 19 | 25/10 | 4 (?) | Bilatérale. | 5 | 26/10 | 3 | » | 1 | » | » | » | » | 150 | 1 | Plaque muqueuse . . . . . | » |
| 20 | 4/12 | 2 | Bilatérale degré moyen. | 4 | 6/12 | 4 | » | 1 | | | » | » | » | » | (*) 26/j2e excision. . . . . | |
| 1879 | | | | | | 4 | | | 1 | * 1 | » | » | » | » | | 1879 |
| | | | | | | 2 | » | 3e ind. | 3e ind. | * 1 | 7 | 1 | » | » | (*) 31/j3e excision. . . . . | |
| 21 | 16/1 | 3 (?) | Polyadénite gauche. | 7 | 21/1 | 1 | » | 1 | » | » | » | » | 60 | 1 | Roséole maculeuse. . . . . | » |
| 22 | 15/2 | 3 (?) | Bilatérale. | 4 | 16/2 | 1 | » | 1 | » | » | » | » | 25 | 1 | Roséole maculeuse papuleuse. . . . . . . . . . | » |
| 23 | 11/1 | 3 | Gauche. | 13 | 21/1 | » | » | 1 | » | » | » | » | 30 | 1 | Roséole papuleuse. . . . . | » |
| 24 | 25/2 | 3 | Bilatérale. | 9 | 1/3 | 1 | » | 1 | » | » | » | » | 150 | 1 | Plaque muqueuse . . . . . | » |
| 25 | 12/4 | 4 | Degré majeur. | 15 | 5/5 | 1 | » | 1 | » | » | » | » | 50 | 1 | Roséole maculeuse papuleuse . . . . . . . . . | » |
| 26 | 21/6 | 1 | Bilatérale. | 6 | 22/6 | » | 1 | 1 | 1 | » | » | » | 90 | 1 | Roséole maculeuse, plaque muqueuse . . . . . . . . | » |
| 27 | 23/6 | 13 | » | 14 | 24/6 | 1 | » | 1 | » | » | 6 | 1 | » | » | . . . . . . . . . . . . . . | » |
| 28 | 21/7 | 15 | » | 16 | 22/7 | 1 | 1 | » | 1 | 1 | 7 | 1 | » | » | . . . . . . . . . . . . . . | » |
| 29 | 20/10 | 7 | Unilatérale. | 8 | 21/10 | 3 | 1 | » | » | » | » | » | » | » | . . . . . . . . . . . . . . | » |
| 30 1880 | 10/1 | 2 | Légère. | 9 | 21/1 | 1 | » | » | 1 | 1 | 69 | En expectation. succès probable . . . . . . . | | | | 1 1880 |
| | | | | | | | 6 | 22 | [illegible] | 4 | | | 7 | | 16 | 7 |

De ce résumé il résulte que je me suis borné à pratiquer l'excision dans des cas assez récents (4, 6, 10, 11, 18, 19 jours) ou d'induration récidivée (4 fois) ; que le terme définitif de l'excision est difficile à fixer d'avance. En effet, on attend habituellement jusqu'à ce que non seulement l'ulcération elle-même s'indure franchement, mais que les ganglions voisins s'engorgent : une pareille indécision (qui m'est arrivée plus d'une fois, par suite d'une trop scrupuleuse constatation de la sclérose) et ce retard forcé du moment opportun d'action ont diminué la somme des succès. On comprend cette indécision, mais sans aucun doute l'excision hâtive ne peut qu'être une condition favorable pour le malade. D'après la théorie ancienne, l'excision de l'induration récidivée ne semblait pas capable d'arrêter l'explosion des symptômes secondaires, ni même de retarder ou d'atténuer leur évolution et cependant l'expérience clinique a démontré non seulement ce qu'on pouvait en attendre sous ce rapport (hist. XXX), mais encore elle a fait voir que l'apparition ultérieure de la syphilis (obs. XX) n'avait pas encore été constatée au bout de 7 mois. On peut encore espérer un résultat aussi favorable pour la malade (obs. XXX); chez elle, en effet, après plus de 2 mois, les ganglions avaient de beaucoup diminué le jour de la sortie, et le teint, l'embonpoint, l'extérieur en général avaient repris toutes les apparences de la santé.

Le manuel opératoire et le pansement (Lister) sont en eux-mêmes très simples : lavage avec une solution de 3 à 4 0/0 d'eau phéniquée ; sous le spray bien saisir toute l'induration soit avec les doigts ou des pinces à griffes et enlever d'un coup la totalité de l'induration ; poursuivre l'extirpation jusqu'à ce que la plaie soit complètement lisse sans trace de point suspect ; quelquefois application d'une ou deux ligatures ; s'il y a un léger suintement, solution de sesquichlorure de fer, quelques sutures d'après la grandeur de la plaie, puis charpie avec une solution de 2 à 3 0/0 d'eau phéniquée ou iodoforme.

Parmi mes 30 cas j'ai eu seulement 6 cas de cicatrice par première intention, cinq fois induration récidivée : la cicatrice restée molle, même après l'apparition d'accidents secondaires prouve que le manque d'induration n'est pas une garantie de succès. Pour éviter tout reproche de partialité, je compte parmi les inconnus l'observation XXX, parmi les insuccès l'observation III dans laquelle, exceptionnellement, au commencement de mes expériences, au lieu de l'extirpation d'une induration douteuse récidivée, j'ai employé trois fois une solution de Labarraque avec du calomel : ce qu'il est difficile, ce me

semble, de considérer comme un traitement spécifique suffisant pour arrêter les accidents secondaires, qui ne se sont plus montrés après deux ans.

En somme, parmi mes 30 faits, j'ai 7 cas douteux; 6 ne se sont pas présentés, 1 en expectation depuis plus de 2 mois; 16 insuccès (4 roséoles macul. 2 ros. macul. avec plaq. muq. 3 ros. maculo-papuleuses, 4 plaq. muqueuses, 1 roséole papuleuse, 1 ros. papuleuse et plaq. muqueuse); 7 succès dont 2 après 6 mois, 3 après 7 mois, 1 après 13 mois, 1 après plus de 24 mois d'observation.

Si je réunis actuellement tous les faits qui me sont connus jusqu'à présent :

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Langenbeck. | sur | 2 | 1 | succès. |
| Kuszlinscki. | » | 1 | 1 | » |
| Sigmünd. | » | 39 | 35 | » |
| Kolliker. | » | 8 | 3 | » |
| Rydygier. | » | 3 | 3 | » |
| Hueter. | » | 7 | 2 | » |
| | sur | 60 | 45 | succès. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Pick. | » | 1 | 1 | succès. |
| Unna. | » | 8 | 2 | » |
| Auspitz | » | 23 | 14 | » |
| Folinea (1). | » | 19 | 8 | » |
| Les miens. | » | 30 | 7 | » |
| | sur | 81 | 32 | succès. |

Nous avons sur 141 cas, 77 succès. De pareils résultats ne peuvent que très hautement plaider en faveur de l'opinion d'Unna, Auspitz, Cornil que le chancre initial n'est que le premier stade dans l'évolution du virus syphilitique ; le deuxième serait la pléïade limitrophe du chancre ; ils autorisent, sans interprétation trop favorable des faits, à poser certaines indications et à tirer les conséquences suivantes : 1° que repousser de parti pris, par respect des idées théoriques les faits acquis, ne peut que retarder la solution tentée du problème de la signification de l'incubation (2) ; 2° que pour éviter tout reproche d'une erreur de diagnostic, chaque expérimentateur doit chercher par une investigation minutieuse à écarter toute probabilité douteuse du passé du malade ;

3° Que s'il s'est déjà rencontré quelque erreur de diagnostic (Auspitz, cité par Klink), il n'est pas possible d'admettre que parmi tous les succès il ne soit question que de chancres mous pris pour des chancres indurés; surtout si l'extirpation a eu lieu sous le contrôle de Rinecker, Vogt, et pour mes deux derniers cas, sous le contrôle de mon honorable collègue d'hôpital, Dr Rozanski ; en tout cas la condamnation du fait en général par quelques au-

(1) *Annales de Dermat. et de Syph.*, 1880, n° 2.

(2) Comme faits antérieurs analogues connus, négation de la contagion pour les accidents secondaires; réprobation proclamée, il y a 20 ans, contre l'ovariotomie, etc.

teurs ayant un insuccès sur un cas d'expérimentation est au moins trop hâtive trop absolue !

4° Que par suite l'extirpation, comme moyen prophylactique, pouvant, dans certaines conditions, arrêter l'évolution de la syphilis peut être indiquée dans les cas récents (2, 3, 4, 5 jours) et même plus tard ;

5° Que les cas dans lesquels, avant l'excision, les ganglions étaient assez fortement engorgés, et après l'excision ont diminué ou sont passés à l'état de suppuration par le redoublement d'irritation provoquée par l'extirpation, tendent à prouver que les ganglions n'étaient que sympathiquement affectés ;

6° Que le moment le plus favorable pour l'excision (1) (alors même qu'il s'agirait de chancres mous), (Rydygier), serait quand les ganglions ne sont pas encore engorgés, car on change une ulcération contagieuse en une plaie simple facilement cicatrisable ; en outre, l'inquiétude pénible du malade, les appréhensions du praticien seront abrégées dans leur durée (10 mois au plus) (2) tandis que si l'on eut laissé sans intervention opératoire une lésion pouvant s'indurer, devenir infectante, on eut exposé le malade à toutes les chances d'un cercle vicieux d'interminables accidents secondaires et tertiaires ;

7° Qu'en cas d'insuccès le malade profitera tout au moins du répit accordé dans l'apparition éventuelle possible d'accidents secondaires de beaucoup atténués (3) ;

8° Qu'en cas d'induration récidivée il faut enlever cette deuxième et même une troisième sclérose dans le but d'arrêter encore l'évolution du virus (obs. XX) et peut-être (obs. XXX) : *b*) en vue de diminuer la quantité de virus fournie par l'ulcère, car alors même que les symptômes secondaires seraient inévitables, ils seront de beaucoup atténués ;

(1) L'excision, car la cautérisation ne donne pas assez de garantie de destruction complète.

(2) Espace de temps que le médecin pourrait, à la rigueur, fixer à 7 ou 8 mois. « au grand bienfait désiré des intérêts matériels et moraux d'un malade me- « nacé d'un refus — s'il remettait à plus long délai — pour cause...... un « mariage désiré — (Fait de Delpech). »

(3) Si l'excision faite à temps a mis fin chez les deux sexes au processus, c'est-à-dire, 1° à la progression ascendante de contagion, 1, 2, 4, 8, 16, 32, 64, 120, etc. 2° Chez la femme, aux avortements répétés ; 3° à la syphilis héréditaire ; 4° chez l'homme, à la fécondation tarée et à ses suites...

L'excision tardive préviendra, pendant 3, 5 mois, de la part des deux sexes, la progression ascendante de contagion, (*a*) chez la femme, peut-être le premier avortement et atténuera, d'après l'expérience des faits actuellement acquis, peut-être les symptômes de syphilis héréditaire (jusqu'à présent par des données statistiques) ; (*b*) chez l'homme, la fécondation tarée.

9° Que si, pour les chancres classiques fortement éburnés accompagnés d'une pléïade de ganglions engorgés, l'extirpation ne peut arrêter l'explosion d'accidents secondaires, car la deuxième période d'infection est déjà un fait accompli, l'expérience prouvera si l'excision n'est pas encore de nature à modifier la gravité des symptômes subséquents ;

10° Que les parties extérieures du pénis, prépuce, non la couronne du gland, les grandes, les petites lèvres, les caroncules ; sont les plus favorables à l'extirpation, chez les deux sexes *toute partie* du corps accessible est passible d'excision, devrait-on même payer par une petite perte de substance (Dr L. Jullien) le bénéfice d'être libéré de la syphilis. Tout ulcère non accessible aux ciseaux, au bistouri, devrait être détruit par le thermo-cautère Paquelin (Rudygier, *loc. cit.*)

Après avoir fait l'inventaire de toutes les expériences déjà acquises à la science, persuadé que les altérations histologiques, actuellement reconnues comme pathognomoniques, seront confirmées par un plus grand nombre d'autorités compétentes, puissé-je avoir provoqué des expériences ultérieures, qui décideront, si nos espérances dans la recherche d'une prophylaxie plus certaine contre ce fléau de l'humanité, la syphilis, ont été illusoires.

Si le Dr L. Jullien, esprit droit, observateur sévère, ne craint pas de dire (*Annales de Dermat. et de Syph.*, 1880, n° 2)... « des idées théoriques, qu'il faudra peut être adopter, nous n'en avons cure » je crois qu'il est juste et scientifique que les principes soient obligés de s'accomoder aux faits, quand ces derniers sont en nombre suffisant et ont une valeur positive pour tout médecin non imbu d'idées théoriques, pour tout juge loyal et consciencieux.

Lemberg, 20 mai 1880.

J. CHADZYNSKI.

VI

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. RENAUT.

## COURS D'ANATOMIE GÉNÉRALE.

### TISSUS D'ORIGINE ECTODERMIQUE. — PEAU.

### *Suite de l'étude des phanères (odontoïdes et dents).*

(2 mai 1878.)

CINQUIÈME LEÇON.

**Sommaire.** — I. *Signification papillaire des productions pileuses.* Indifférence du bourgeon sans contact avec la papille. — Poil de remplacement représenté par le bourgeon d'attente.

*Phanères orales (odontoïdes et dents).* — A. Odontoïdes : des carnassiers, dents papillaires des lamproies, dents des salamandres, dents des sauriens et des plagiostomes. — Papilles à odontoïdes dans les cas morbides ; — La papille cornée est morphologiquement analogue aux productions des ongles et des sabots.

II. B. *Dents vraies.* Méthode de description embryologique. — Bourgeons indifférents du début ; sillons ou bourrelets dentaires : germes de l'émail. — Différenciation du germe : cellules adamantines. Apparition de la papille dentaire. Phénomènes qui se passent au contact du germe ectodermique adamantin et du germe papillaire de l'ivoire : *formation de l'organe de l'émail.* — Constitution de l'organe de l'émail : Sac adamantin, masse muqueuse ectodermique de Huxley. — Évolution de l'organe de l'émail ; pédicule, formation du germe indifférent d'attente.

III. *Etude du germe papillaire de l'ivoire ;* il est simple ou multiple ; — la papille détermine la forme ultérieure de la dent.

Apparition de *l'organe de l'ivoire.* — Rangées épithélioïdes du début. — Formation de la substance fondamentale de l'ivoire. — Constitution des fibres de Tomes. — Caractères bourgeonnants de ces fibres, leur nature. — Cuticule de Neumann : la cellule semble sécréter l'ivoire. — Complications de l'ivoire. — Zones arciformes. — Zone festonnée. — Globes de l'ivoire. — Signification morphologique de l'ivoire, analogie avec le cartilage ramifié.

IV. *Mode de production du manteau de l'ivoire.* — Double mode de revêtement de l'ivoire.

(A) Capuchon adamantin, prismes de l'émail, leur constitution à l'état jeune, adulte, stries de l'émail calcifié, signification morphologique, cuticule de l'émail : ce qu'elle représente morphologiquement.

(B) Gaines, cément, ossification du sac dentaire, son extension sur la couronne (ruminants).

Nutrition de la dent. — Constitution névro-vasculaire de la pulpe. — Mort de la dent. — Condition amenant la nécrose de l'ivoire, analogie avec la nécrose du cartilage exposé. — Reproduction de la dent par le germe d'attente du pédicule adamantin.

I. Messieurs, l'étude que nous venons de faire nous a montré que les poils sont de *véritables édifications papillaires*. Ils résultent du concours d'un bourgeon ectodermique parti de la couche épithéliale planiforme de la peau, et s'enfonçant dans le derme, avec un bourgeonnement des vaisseaux, se produisant aux dépens des ramifications vasculaires du chorion. Le bouquet vasculaire atteint le bourgeon ectodermique, le refoule et l'arrête dans sa progression au travers du derme. Au-dessus de la papille vasculaire s'élèvent les couches du poil proprement dit, analogues aux zones superposées au-dessus d'une papille odontoïdienne. L'odontoïde ne diffère donc du poil que parce que cette première production se montre à la surface de la peau, tandis que la seconde prend son origine à un certain point de la profondeur du derme. En d'autres termes si l'on supposait qu'un odontoïde s'écroulât dans une excavation dermique produite d'une façon adventice, et ce jusqu'à ce qu'elle fût arrêtée par une papille vasculaire profonde, l'odontoïde se transformerait en poil. En s'affaissant elle entraînerait tout autour d'elle le corps muqueux de Malpighi, qui deviendrait la gaine vaginale. Les couches cornées de l'odontoïde seraient au contact de l'ectoderme refléchi sur un certain parcours et constitueraient la gaine de Henle et celle de Huxley ; la zone granuleuse de l'odontoïde représenterait alors la moelle du poil, et la base de cet odontoïde refoulée par la papille vasculaire représenterait son bulbe.

Nous avons du reste assez insisté au début sur ces particularités pour n'y revenir que sommairement aujourd'hui. Nous devons en outre faire remarquer que, ordinairement, les bourgeons ectodermiques qui s'enfoncent dans le chorion, pour constituer les poils, arrivent au contact d'un bourgeon vasculaire profond qui constitue leur papille pileuse. Mais ordinairement, sur l'un de ses côtés, le bourgeon ectodermique pousse un prolongement qui reste

en dehors du contact du bouquet des vaisseaux papillaires et qui constitue un germe d'attente. Ce bourgeon est destiné à la reconstitution de la production pileuse, si celle antérieurement développée devient à un moment donné caduque. Sur le côté des poils adultes, il existe donc un bourgeon ectodermique embryonnaire, qui n'a pas encore rencontré de papille vasculaire et qui, quand le poil ancien est tombé, reprend le cours de son développement et devient capable de régénérer ce dernier. Cette particularité est importante parce qu'elle établit un lien d'évolution entre les phanères pileuses et les phanères dentaires.

Lorsque les glandes sébacées qui entourent normalement les poils d'une série de sacs appendiculaires, disposés en couronne, se sont alors normalement agrandies, comme dans l'acné par exemple, les bourgeons ectodermiques destinés à la production des poils de nouvelle formation se trouvent à un moment donné englobés dans la production sébacée. Lorsque cet englobement s'est produit après que le germe adventice s'est déjà mis en rapport avec les vaisseaux, et qu'il en est résulté l'édification d'une production pileuse minuscule, cette dernière se retrouve dans le comédon. Il peut même arriver qu'au voisinage d'une glande sébacée modifiée par l'acné, un certain nombre de poils nouveaux émanés d'un ou de plusieurs bourgeons adventices aient été englobés dans la cavité cellulaire sébacée par suite de l'extension de cette dernière; de là l'existence d'une série de poils mal formés au sein du comédon graisseux de l'acné punctata du nez par exemple.

*Étude des phanères orales (odontoïdes et dents).*—Dans la leçon précédente nous avons suffisamment insisté sur la structure des odontoïdes pour n'y pas revenir ici. Nous venons de voir l'analogie qui existe entre ces odontoïdes et les productions pileuses. Ces odontoïdes sont pour ainsi dire des poils cornés exposés. La bouche des ruminants et des félins en est garnie de telle façon qu'elles deviennent de véritables annexes de la mastication chez ces animaux. Les papilles dentiformes qui garnissent la bouche des cyclostomes, celle des salamandres, sont constituées de la même façon. Il en est de même des dents de certains sauriens qui, pour être implantées sur les maxillaires, ne sont cependant au fond que des productions odontoïdales uniquement formées,

par l'ectoderme corné disposé librement à la surface de papilles saillantes à l'extérieur.

L'homme ne possède pas normalement de productions odontoïdales vraies, mais dans certains cas morbides, son tégument devient le siège de productions tout à fait analogues à ces dernières. Dans la dermite végétante désignée par mon maître, M. Hardy, sous le nom de lichen hypertrophique (eczéma papilliforme de Bazin), on voit les papilles adventices de la peau de la jambe, par exemple, se coiffer de longs étuis cornés tout à fait analogues à ceux qui surmontent les odontoïdes vrais et que M. Baretta a reproduites dans l'un des plus beaux moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis. J'ai constaté dès 1869 l'identité de structure qui existe entre ces papilles cornées et les odontoïdes de la langue et des parois buccales du chat et des autres félins. Sans le secours des considérations générales d'anatomie comparée, l'homologie de pareilles productions avec les formes normales ne saurait être établie. Je vous ai répété souvent que les productions néoplasiques de l'organisme humain copient fréquemment, et d'une manière pure et simple, les dispositions régulières existant chez certains termes de la série animale. C'est ainsi que l'enchondrome parotidien reproduit le type du cartilage ramifié de la tête des mollusques gastéropodes; et que vous venez de voir une analogie nouvelle entre les papilles du lichen hypertrophyque et les productions dentiformes des animaux inférieurs.

II. *Étude des dents vraies.*— Nous prendrons le type de notre description chez les mammifères supérieurs. De plus, comme il s'agit simplement ici de vous donner une idée générale des diverses transformations et adaptations de l'ectoderme, je ne ferai pas une description complète des dents, mais une étude de leur signification morphologique générale.

A. *Étude du germe adamantin.* — Nous savons que chez l'homme l'ectoderme reste planiforme jusqu'à la fin du deuxième mois de la vie intra-utérine. A ce moment sa partie profonde devient l'origine d'une série de bourgeons qui s'enfoncent comme des pieux dans le derme embryonnaire. A l'origine, tous ces bourgeons sont tous indifférents, pleins, et semblables identiquement les uns aux autres, qu'ils doivent ultérieurement fournir des glandes sudoripares, des diverticules sébacés, des poils communs

ou tactiles, des germes dentaires. La loi générale de développement qui précède a été pour la première fois solidement établie par Kölliker il y a déjà nombre d'années. La différenciation ultérieure de ces bourgeons est commandée par des lois qui nous échappent. Au début et au niveau des maxillaires supérieur et inférieur des embryons de mammifères, au quatrième mois de la vie intra-utérine chez l'homme, les rudiments des phanères dentaires paraissent à la face profonde de l'ectoderme gingival, sous forme d'excroissances pleines qui s'enfoncent dans le derme en suivant la ligne de contour des maxillaires et constituent une série de bourgeons placés à la file comme les dents d'un peigne. Ces bourgeons, tangents sur leurs limites, déterminent par leur ensemble la production d'une sorte de bourrelet qui se détache de l'ectoderme encore planiforme pour s'avancer à la rencontre du moule osseux. Ce bourrelet a été improprement appelé sillon dentaire et constitue le *germe de l'émail.*

Ce germe de l'émail a été découvert et étudié pour la première fois d'une façon exacte par mon parent regretté, le professeur Natalis Guillot. A l'origine, il est simplement constitué par des boyaux d'ectoderme fœtal. Les éléments de cet ectoderme sont absolument semblables à ceux du revêtement épithélial planiforme du tégument. Mais bientôt les éléments marginaux du bourgeon adamantin subissent une différenciation curieuse. Tandis que les cellules centrales subissent l'évolution cornée régulière et s'éliminent par l'orifice du bourgeon largement ouvert à la façon de celles qui occupent le fond des espaces interpapillaires dans le stratum ectodermique adulte, les cellules de la périphérie subissent une modification profonde en restant en place. Leur surface libre sécrète une cuticule qui se soude à celle des cellules voisines ; le corps dejà prismatique (puisque la cellule appartient à la zone d'éléments cylindriques que nous avons réunis sous le nom de couche génératrice) prend nettement par différenciation l'apparence d'un prisme polyédrique. Le protoplasma se modifie, devient clair et se strie dans le sens de la hauteur de l'élément. Le noyau diminue de volume et forme le centre de la zone striée. En un mot, la cellule tout entière prend l'apparence exacte d'une cellule ectodermique d'amphioxus. Elle *revêt le type adamantin;* le germe de l'émail est formé et différencié.

Ainsi nous voyons paraître au niveau des points où se produira la dent, phanère défensive et solide par excellence, un type d'ectoderme généralisé, dans une espèce inférieure, à toute la surface du tégument. La nature suit dans ce cas la loi d'économie formulée par le professeur Milne Edwards. Au lieu de changer fondamentalement le type du tissu embryonnaire générateur pour former un organe donné, elle emprunte à la série un type ectodermique oublié, elle emploie, pour adapter à sa fonction spéciale, sur un point donné, le revêtement ectodermique qui, partout ailleurs, affecte le type malpighien ou le type ciliaire.

Une fois que la ligne des cellules prismatiques adamantines s'est formée à la périphérie du bourgeon dentaire primitif, ce dernier prend la forme d'un sac ouvert comme une bourse à la surface de l'ectoderme. Ce sac est l'organe premier de l'émail (Natalis Guillot). Sa cavité est remplie par une masse d'un tissu muqueux particulier, dont Huxley a donné le premier une bonne description, et que j'appellerai pour cette raison la masse muqueuse ectodermique de Huxley.

Cette masse muqueuse ressemble grossièrement au tissu muqueux qui est l'origine du tissu conjonctif lâche sous-cutané ; mais elle en diffère par une série de caractères d'une importance capitale. Un premier point à noter, c'est qu'elle ne renferme aucun vaisseau sanguin, et ce, tant à l'origine qu'à un point quelconque de son évolution ultérieure. De plus, j'ai pu me convaincre sur des préparations de germes dentaires examinés dans la série du développement, que les éléments de ce tissu muqueux émanent par simple différenciation de la couche ectodermique la plus profonde du bourgeon dentaire. Les cellules de la masse muqueuse de Huxley sont anastomosées entre elles par des prolongements protoplasmiques membraniformes. Entre les cellules, la matière muqueuse est disposée sous forme de globes ; le tout forme un ensemble homogène et relativement solide. Si l'on admet que le ciment mou et vitreux interposé aux cellules dentelées du corps de Malpighi ait subi un accroissement considérable, chaque grain interdenticulaire de ce ciment se sera développé en boule en comprimant par son extension les cellules malpighiennes et en leur donnant une apparence de solides réduits à des lamelles munies d'expansions délicates, anastomotiques, et suivant la direction des

courbures des globes muqueux interposés; en d'autres termes, l'apparition de la masse muqueuse de Huxley est déterminéc par une simple modification nutritive de l'ectoderme, la substanee intercellulaire de ee dernier étant devenue prédominante entre les cellules. Dans la série des faits anatomo-pathologiques, le proeessus que nous venons de décrire se reproduit quelquefois, notamment dans les kystes développés au niveau des glandules du eol utérin. L'aire de ces kystes est fréquemment remplie par du tissu muqueux présentant avee eelui que nous venons de décrire certaines anologies, et, comme ee dernier, privé de vaisseaux sanguins au début de sa formation.

Il faut indiquer maintenant brièvement quelle est l'évolution de l'organe de l'émail, que nous venons de décrire. A l'origine, le col du bourgeon réunissant ce dernier à la masse de l'ectoderme sus-jaeent, était large et en quelque sorte eupuliforme. Au fur et à mesure du développement lc sae adamantin prend par degrès la forme d'une fiole; son col s'effile et, enfin de compte, se réduit à un pédicule qui relie l'organe de l'émail au corps de Malpighi. Sur un de ses côtés ce pédieule bourgeonne. Formé lui-même de eellules ectodermiques encore indifférentes, il devient l'origine d'un bourgeon d'attente qui, tandis que la dent principale se développera, subira moins rapidement qu'elle une série de modifications analogues. Ceci revient à dire que le bourgeon secondaire formera comme le principal, une dent véritable, mais son évolution restera sans eesse en retard sur celle du bourgeon dentaire primitif. C'est pourquoi, ehez les jeunes animaux, on trouve eonstamment à eôté de la dent adulte une dent embryonnaire de remplacement, à peine eomplètement formée quand la dent de première éruption commenee à devenir caduque.

III. *Étude du développement du germe papillaire et de l'ivoire.* — Quand l'organe de l'émail est constitué à l'état de sac adamantin doublé de la masse muqueuse de Huxley, la dent n'est nullement déterminée encore dans sa formc. Ce qui modèlera eette dernière, c'est la configuration de la papille dentairc vasculaire, du germe papillaire de la dent. Si la papille vasculaire est unique, elle fera une incisive ou une eanine; si elle est multilobée elle construira une molaire.

Les papilles sont ici comme ailleurs une végétation du derme,

elles passent successivement par l'état cellulo-formatif, telo-formatif et adulte. Elles renferment les vaisseaux et les nerfs qui, végétant en sens inverse du sac adamantin, entrent en contact avec ce dernier et refoulent la portion qui forme son fond. Le sac dentaire se replie alors sur lui-même et prend l'aspect d'une bouteille commune à fond refoulé dans l'intérieur. La dépression qui résulte du refoulement est occupée par la papille, dont les vaisseaux sont disposés en bouquets, à la façon de ceux d'une papille cutanée ordinaire. Bientôt, à la surface d'une éminence papillaire, paraissent des éléments cellulaires particuliers, qui se disposent en couches de revêtement à la façon d'un épithélium. Ce sont des cellules prismatiques analogues par leurs dispositions aux ostéoblastes et qui, comme ces derniers, semblent jouer le rôle prédominant dans la constitution d'un tissu qui va maintenant apparaître. Ce tissu n'est autre que l'*ivoire* ou la *dentine* des auteurs.

Entre la couche de cellules adamantines qui coiffe la papille dentaire et le tissu connectif vasculaire et nerveux de celle-ci, existe donc une zone de cellules épithélioïdes, concentriques et subjacentes à la calotte de l'émail. Cette couche semble sécréter l'ivoire. On voit ce dernier se déposer par couches stratifiées en dehors de la ligne de cellules épithélioïdes. Ces dernières sont incessamment refoulées du côté de la papille par l'accroissement de la dentine, mais cette dernière affecte toujours avec les cellules du germe de l'ivoire des rapports importants. En les formant, la substance de l'ivoire ménage des canaux ordinairement dirigés perpendiculairement à l'élément de surface de la papille. Dans la cavité de ces canaux, se poursuit un prolongement filiforme du protoplasma des cellules de l'ivoire. Ces prolongements constituent les fibres de Tomes.

Les canaux de l'ivoire n'ont pas une direction indéfiniment rectiligne; ils se branchent un certain nombre de fois en Y, et, si on les considère à partir des couches les plus profondes, les arborisations se multiplient au fur et à mesure que l'on s'éloigne des couches inférieures de la dentine. Après chaque bifurcation en Y, les canalicules de l'ivoire nés à angle très aigu tendent à redevenir parallèles les uns aux autres. Ils se comportent donc à peu près à la façon des tubes de Bellini, dans la pyramide du rein. Ils communiquent fréquemment entre eux par leurs branches.

Neumann a décrit à ces canalicules une sorte de paroi cuticulaire propre analogue à la capsule du cartilage. Enfin ils sont exactement remplis par une expansion protoplasmique arborisée comme eux, que l'éosine teint en rose vif et le picro-carminate d'ammoniaque en jaune orangé. Ces réactions, ainsi que la continuité des fibres de Tomes avec les cellules qui leur donnent naissance, me conduisent à repousser l'hypothèse formulée par quelques auteurs relativement à la nature nerveuse de ces productions. Outre que je n'ai pu mettre en évidence la continuité des cellules épithélioïdes de l'ivoire avec les nerfs de la papille, ni ces cellules, ni leurs prolongements dans l'ivoire ne présentent les caractères généraux des arborisations des cylindres axiles nues, que j'ai étudiées longuement ailleurs (Voy. *Dict. encyclop. des Sc. méd.* art. Système nerveux). Tout ce qu'on peut dire c'est que la fibre de Tomes paraît être un prolongement différencié de la cellule de l'ivoire. En effet, elle prend naissance à l'extrémité périphérique de cette dernière, par un petit prolongement conique au niveau duquel le protoplasma devient plus réfringent et plus difficile à colorer.

La formation et le maintien de la vitalité de la substance fondamentale de l'ivoire paraissent être en relation étroite avec les cellules épithélioïdes de la dentine et leurs prolongements arborisés. Ce serait ici le lieu d'étudier dans leurs détails certaines particularités de structure particulière à l'ivoire (zones arciformes, zones festonnées, globes de l'ivoire (1). Mais je ne peux insister ici que sur la signification générale de cette substance.

(1) La cavité de la pulpe est limitée, du côté de l'ivoire qui l'entoure, par une rangée d'odontoblastes disposés à la façon d'un épithélium prismatique, sauf que les cellules ne sont pas soudées entre elles par un ciment et que, dans leurs intervalles, peuvent s'insinuer des cellules appartenant au tissu de la pulpe (globules blancs) et des globules sanguins. Chaque odontoblaste a un noyau situé ordinairement à sa base et, à son sommet il est coiffé par la fibre de Tomes qui le surmonte comme un petit cône. Deux odontoblastes adjacents interceptent donc, entre chacune de leurs fibres de Tomes, un espace semi-lunaire disposé en feston. Les saillants de chaque feston répondent aux intervalles des odontoblastes et les rentrants aux prolongements protoplasmiques des fibres de Tomes. Comme l'ivoire se sécrète par couches, successivement refoulées de bas en haut, chacune de ces couches est donc terminée par un bord festoné. La dernière couche sécrétée touche le rang d'odondoplaste et se colore en jaune orangé par le picrocarminate, l'avant-dernière est déjà entièrement adulte, se colore en rose; par sa partie supérieure, elle se fond avec la masse de la dentine, mais, par sa partie inférieure elle oint la

Nous la voyons formée sous l'influence d'éléments cellulaires qui se ramifient dans son épaisseur par des expansions protoplasmiques. Il me paraît exister une analogie curieuse entre ce développement et celui du cartilage ramifié de la tête de certains mollusques céphalopodes et notamment du Calmar. On sait que chez ce dernier les groupes isogéniques coronaires du cartilage envoient, par leur périphérie, une série de ramifications protoplasmiques contenues dans les canalicules presque exactement analogues à ceux de l'ivoire, au sein de la substance cartilagineuse ambiante. Dans son ensemble, la couche épithélioïde des cellules de l'ivoire se comporte, à l'égard de la papille dentaire, comme les éléments d'un groupe isogénique coronaire du cartilage céphalique du Calmar relativement au noyau central cartilagineux intra-isogénique. Le cartilage ramifié et l'ivoire des dents se placent donc dans la série comme de véritables homologues. La différence fondamentale consiste en ce que l'ivoire se charge ultérieurement de sels calcaires, tandis que le cartilage ramifié n'est pas envahi par ces derniers (1).

IV. *Formation du manteau de l'ivoire.* — Si nous récapitulons brièvement les faits qui précèdent, nous voyons que le germe dentaire, formé par le concours du sac adamantin et de la papille dermique, est constitué de la façon suivante : de bas en haut l'on voit, 1°, la saillie papillaire (pulpe de la dent), qui pénètre dans la cavité produite par le refoulement du sac adamantin et s'y étale en bourgeon sphérique ; bientôt elle n'est plus reliée au derme sous-jacent que par un pédicule qui se rétrécit de plus en plus et par lequel pénétreront les nerfs, les vaisseaux et le tissu connectif qui les entoure. 2° à la surface de la papille, et sur une coupe passant par l'axe vertical de cette dernière, est étalée la couche épithélioïde surmontée d'un

couche de dernière formation, tranche sur cette dernière par sa couleur, de sorte qu'elle paraît terminée par des festons roses. Telle est l'explication des lignes de contour d'Owen.

Dans certains points où l'ivoire se forme irrégulièrement, il se dépose sous forme de boules entre lesquelles existe une substance parcourue par les fibres de Tomes, et non encore transformée en dentine parfaite, les boules se colorent en rose, tandis que l'ivoire imparfait qui les sépare se teint en jaune orangé à la façon de la dernière ligne de contour.

(1) On observe cependant chez le poulpe des ébauches de transformation calcaire de la substance fondamentale du cartilage.

croissant d'ivoire dont elle pénètre la substance par ses prolongements arborisés. Au-dessus de cette couche d'ivoire, la masse muqueuse de Huxley a disparu par résorption et l'ivoire est simplement recouvert par l'épithélium prismatique du sac adamantin. Sur les côtés ce sac se réfléchit, revient sur lui-même pour regagner, au-dessus de la dent, le pédicule de l'organe de l'émail : la dent est donc coiffée par l'organe adamantin comme le serait la tête par un bonnet double. La portion de cet organe réfléchi sur la dent forme donc, à la surface de cette dernière, ce que j'appellerai le *capuchon adamantin*, aux dépens duquel se développera ultérieurement l'émail proprement dit (1).

Mais le capuchon adamantin qui surmonte la lunule d'ivoire ne recouvre pas cette dernière d'une façon absolument complète. Au voisinage du pédicule de la dent et même sur ses côtés latéraux, l'émail n'existe pas et l'ivoire serait conséquemment à nu s'il ne se formait à ce niveau une production particulière qui est le cément. Dans la partie profonde, le germe dentaire est entouré par le tissu fibreux du derme qui s'ordonne à ce niveau en lames concentriques. Dans ces lames fibreuses et aux dépens du tissu connectif se développe une gaine osseuse qui n'est autre chose que le résultat de l'ossification du sac dentaire. Cette gaine enveloppe l'ivoire, auquel elle adhère, et avec les canalicules duquel s'anastomosent parfois ses canaux osseux propres. Chez certains animaux et notamment chez certains ruminants, cette formation osseuse prend une grande extension et se poursuit jusque sur la couronne de la dent adulte.

Ainsi l'ivoire n'est jamais à nu, il est protégé par un double manteau constitué en haut par le capuchon adamantin, en bas et latéralement par la gaine de cément. Lorsque l'ivoire est en effet exposé, il ne peut vivre et se nécrose à la façon du cartilage placé dans les mêmes conditions. L'analogie que nous avons constatée dans la structure des deux tissus se poursuit donc dans

(1) L'émail proprement dit se développe au-dessus de la cuticule des cellules prismatiques adamantines. Il a la signification d'une production cutilaire, on n'y trouve point de noyaux. Il est formé de prismes juxtaposés, striés en travers qui se disposent de diverses façons, suivant les dents et les espèces animales, fréquemment ces prismes ferment divers systèmes dont les fibres sont parallèles entre elles et s'entrecroisent avec les fibres d'un système voisin également parallèles, souvent de façon à constituer des dessins élégants et des lacés qui, sur les coupes sont quelquefois inextricables.

leurs réactions vitales. Tous deux vivent sans être parcourus par des vaisseaux sanguins et se détruisent quand ils ne sont plus protégés contre l'action du milieu extérieur.

L'étude que nous venons de faire nous montre l'analogie étroite qui existe entre les dents et les autres phanères. Comme les poils, comme les odontoïdes, elles en résultent du concours d'un prolongement de l'ectoderme et d'un bourgeon dermique vasculaire. Ce sont des édifications papillaires vraies, bien quelles soient les plus compliquées de toutes.

Dans la prochaine leçon nous ferons l'étude des agents nerveux qui président à la sensibilité et à la motilité du tégument.

---

## ÉTUDES DES TISSUS ÉMANÉS DU FEUILLET EXTERNE OU ECTODERME.

---

### *Anatomie générale de la peau.*

(18 mai 1878.)

SIXIÈME LEÇON.

#### *Terminaison des nerfs sensitifs dans le tégument.*

**Sommaire.** — I. Propriétés réceptives communes de l'ectoderme. — Différenciation. — Division des phénomènes du tact. — Terminaison des nerfs dans l'ectoderme : plexus ectodermique. — Terminaisons des nerfs dans le derme.

II. Organes spécialisés du tact du système des papilles. — Corpuscules du tact, corpuscules du tact simple.

III. Poils tactiles : bourrelets annulaires interne et externe. — Étude du nerf sensitif du poil tactile et de sa terminaison. — Théorie générale du mécanisme du tact.

IV. Corps de Pacini. — Gaine lamelleuse ; cavité centrale ; terminaison du nerf à myéline.— Hypothèses sur la signification morphologique des corps de Pacini.

Messieurs, nous avons vu, au début de ces leçons, qu'à l'origine l'ectoderme est à la fois le lieu de réception des impressions extérieures, celui de leurs transformations en sensations, et le point de départ des incitations excito-motrices. Chez les hydres d'eau douce, la cellule de l'ectoderme est véritablement nevro-musculaire ; elle est munie d'un prolongement contractile dont

elle détermine le mouvement par son activité propre. Cette cellule reçoit donc les impressions extérieures, les élabore pour les changer en sensations ; ces dernières se transforment, toujours au sein de la cellule ectodermique, de façon à produire des incitations motrices qui sont conduites, par un pont protoplasmique très court, à l'expansion contractile et qui déterminent sa mise en mouvement. Mais chez les animaux supérieurs tels que les vertébrés, l'ectoderme primordial s'est divisé en deux portions : l'une continue à être le siège de la réception des impressions extérieures et forme la majorité de la surface tégumentaire ; l'autre s'invagine au niveau du sillon dorsal pour former un tube qui est l'origine du névraxe myélencéphalique. La couche la plus interne des cellules ectodermiques invaginées produit le revêtement épithélial cilié du canal épendymaire. Dans la portion marginale de cette même couche ectodermique se développent des

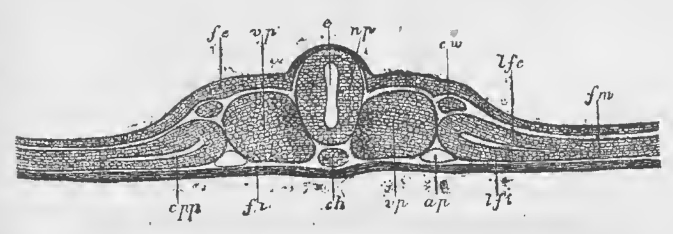



FIG. 8. Coupe en travers de l'embryon de poulet vers la 30e heure de l'incubation. Fe, feuillet externe ; — *fm*, feuillet moyen ; — *fi*, feuillet interne ; — *np*, névraxe primitif ; — *e*, coupe du canal épendymaire ; — *ch*, corde dorsale ; — *ecp*, cavité pleuro-péritonéale ; — *vp*, vertèbres primitives ; — *cw*, corps de Wolff ; — *ap*, aortes primitives.

éléments cellulaires spécialisés exclusivement pour la fonction nerveuse d'ordre sensitif ou moteur. Ces cellules différenciées sont les éléments ganglionnaires du système nerveux. Chacune d'elles émet un prolongement dont la constitution est fébrillaire et que l'on appelle le cylindre d'axe. Ce filament taxile s'allonge de diverses façons, soit pour se mettre en relation avec un prolongement semblable émané de cellules nerveuses supérieures, inférieures, ou adjacentes à celles dont il provient (formation des commissures et des connectifs), soit pour aller se mettre en rapport, le plus souvent à d'énormes distances de son point d'origine, avec des éléments contractiles ou des appareils destinés à la réception des impressions sensitives venues de l'ex-

térieur. La chaîne nerveuse n'est plus dès lors continue dans toutes ses parties. Elle est formée par l'union de deux segments : 1° le segment nerveux proprement dit, constitué par la cellule ganglionnaire et son long filament axile ; 2° par l'organe terminal qui est le siège de la contractilité, ou celui de la réception des impressions extérieures.

Nous n'avons à nous occuper ici que de ce qui regarde le tégument, c'est-à-dire de cette portion de la lamelle fibro-cutanée qui s'est unie à l'ectoderme pour constituer la peau proprement dite. Nous étudierons donc dans cette dernière, et successivement, l'appareil sensitif et l'appareil moteur.

### Description de l'appareil sensitif du tégument.

*Premier mode de terminaison : arborisations nerveuses terminales intra-ectodermiques.* — Nous avons vu que le prolongement cylindre axile des cellules ganglionnaires se poursuit à de grandes distances de son point d'origine comme par une sorte de végétation. Cette végétation se poursuit jusque dans l'intérieur de l'ectoderme, sous forme d'une arborisation cylindre axile dont j'ai étudié les caractères généraux d'une façon complète dans mon article système nerveux (*Dict. enc. des Sc. méd. 2e série,* t. XII, p. 426, 428). Le premier, je crois, Freyfeld-Szabafoldi, observa dans l'épiderme de la langue une série de fibres nerveuses très déliées, dépourvues de moelle, et pénétrant entre les éléments de la couche de Malpighi. En 1868, Langerhans montra la même disposition dans la peau humaine proprement dite. Il vit que les fibres ramifiées dans l'intérieur des couches malpighiennes étaient reliées à des figures multipolaires, dont la nature cellulaire est restée jusqu'à présent douteuse, et qui étaient intercalées entre les cellules ectodermiques. De ces corps étoilés partaient des ramifications dirigées vers la périphérie et dont le trajet ne pouvait être suivi jusqu'à sa terminaison ultime. Axmann et de Ciaccio avaient d'ailleurs déjà décrit des réseaux terminaux de fibres nerveuses pâles dans la peau de la grenouille. Hensen admettait en outre que l'arborisation cylindre axile de la lame natatoire des larves d'amphibie se terminait par des filaments nerveux minuscules pénétrant dans les nucléoles des cellules

épithéliales. Avec la majorité des histologistes, je considère cette assertion comme le résultat d'une erreur d'observation.

Pour étudier convenablement la terminaison des nerfs dans la lame natatoire des larves d'amphibies, il convient de procéder (fig. 9, p. 462) méthodiquement. La queue du têtard est fendue en deux, suivant le plan dorso-ventral, après que l'animal a été fixé

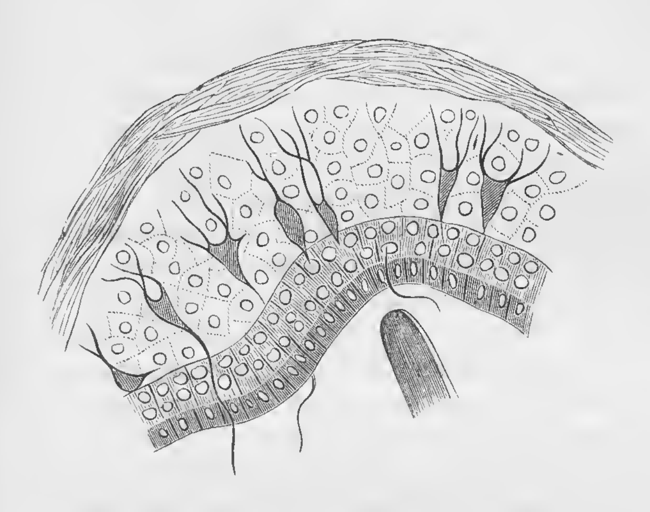


Fig. 9. Terminaisons nerveuses intra-épidermiques, d'après Langerhans.

dans sa forme avec l'acide osmique à 1 0/0. On dispose alors la préparation sur une lame de verre, de façon qu'elle y repose par son revêtement épidermique. Après coloration par le picro-carminate d'ammoniaque ou par l'éosine, on recouvre la préparation d'une lamelle et on l'examine. Avec une lentille à grand angle d'ouverture et en abaissant l'objectif, on voit alors successivement : 1° le tissu muqueux ; 2° le plan vasculo-nerveux ; 3° les branches libres de l'arborisation terminale ; 4° l'épithélium formé de cellules dentelées disposées en couches admirablement régulières, et séparées les unes des autres par des lignes de cément que traversent leurs ponts protaplasmiques unissants. De distance en distance, et disposés d'une manière assez régulière, on voit, entre les cellules polyédriques, des éléments cellulaires absolument arrondis. Ce sont là probablement des cellules caliciformes vues par leur fond. Quoi qu'il en soit, c'est fréquemment au voisi-

nage de ces cellules que l'on voit se terminer, par des extrémités libres très légèrement renflées, les branches ultimes de l'arborisation cylindre axile. Mais, d'après ce que j'ai constaté, ce n'est ni dans l'intérieur des cellules de l'ectoderme, ni dans les intervalles qui les séparent, c'est-à-dire au sein du cément, que la terminaison des nerfs a lieu. J'ai toujours vu la terminaison s'opérer par des branches d'une délicatesse extrême devenant vers leur fin réfringentes et homogènes, et terminées par une extrémité arrondie comme un agitateur de verre. La ramification terminale croise même les lignes du cément intercellulaire sans subir à leur niveau aucune inflexion. Je suis donc amené à penser que l'arborisation cylindre axile nue de la queue des têtards se termine à la face profonde de l'épithélium sans entrer dans l'intérieur même de ce dernier. Si du moins il en est autrement, les méthodes nous manquent pour en avoir la preuve. Il faut donc abandonner la lame natatoire des têtards et choisir un autre objet d'étude. Pour cela, la cornée transparente convient parfaitement, et, à ce niveau, l'ectoderme renferme dans son épaisseur des ramifications nerveuses dont l'existence est indiscutable et a été mise en évidence par Conheim.

Si l'on pratique des coupes perpendiculaires à la surface dans la cornée transparente du lapin, traitée par le chlorure d'or sui-

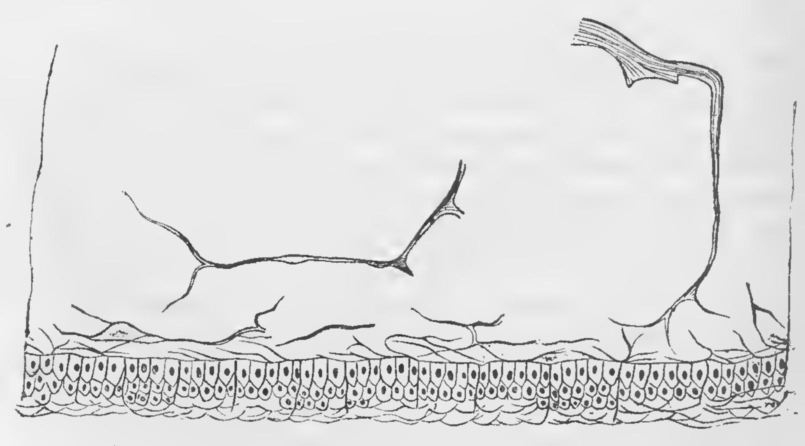


Fig. 10. Terminaison des nerfs dans l'épithélium de la cornée (d'après Conheim).

vant le procédé de M. Ranvier, on constate qu'elle renferme des réseaux de fibres entrelacées (fig. 10, p. 492). Du plexus le plus super-

ficiel, adjacent à la lame élastique antérieure et formé de faisceaux cylindres axiles très fins, s'élèvent de distance en distance des rameaux isolés qui percent perpendiculairement la couche antérieure de la cornée. Arrivés à la surface de cette couche, les cylindres d'axe auront des bouquets préterminaux disposés en forme de houppes ou de grappes, puis donnent naissance à un plexus sous-épithélial à mailles allongées bien décrit par Royer. De ce plexus horizontal partent une série de fébrilles qui, montant perpendiculairement dans l'épithélium, tendent à gagner la surface de ce dernier. Elles sont contenues dans les lignes de cément intercellulaire et passent entre les ponts protoplasmiques qui unissent les cellules malpighiennes. Elles se comportent donc comme un cours d'eau qui passe sous une série de ponts très rapprochés : de là vient leur aspect grossièrement ponctué. Sur le bord du limbe cornéal, dans l'épithélium de la conjonctive, on voit les fibrilles interépithéliales former un réseau qui s'étale en surface et présente sur ces points nodaux des corpuscules étoilés ne renfermant pas de noyaux, et qui, d'après M. Pomet (de Cluny) se teignent en noir foncé par l'acide osmique. Ces corpuscules sont analogues à celui de Langerhans. Reste maintenant à savoir si la terminaison ultime des fibrilles nerveuses se fait par des extrémités libres ou par un réseau terminal. Mais ce qui nous paraît important, c'est que les dernières ramifications nerveuses ont un trajet constamment intercellulaire, et qu'elles se trouvent ainsi prises au voisinage de leurs terminaisons, entre des éléments anatomiques solides et résistants si on les compare à la substance délicate et molle dont elles sont formées.

Il résulte de ce qui précède que les nerfs sensitifs peuvent pénétrer dans les couches du réseau de Malpighi et s'y ramifier entre les cellules. Mais on est peu renseigné sur la signification morphologique de leurs ramifications ultimes. Les corpuscules placés au confluent des chiasmas fibrillaires ont été décrits par Langerhans et retrouvés depuis par les autres histologiques. Soit après l'action du chlorure d'or, soit après celle de l'action osmique, ces corpuscules se montrent sous la forme de masses granuleuses au sein desquelles on n'a pu jusqu'ici montrer de noyaux distincts. Il est donc très difficile de dire exactement à quoi correspondent ces corps étoilés. Certains auteurs, et parmi eux M. Poncet, admet-

tent cependant que de pareils renflements ont la signification de cellules ganglionnaires. Ciaccio, qui cependant affirme avoir vu des noyaux dans l'intérieur de ces corps, ne leur a attribué qu'avec d'extrêmes réserves non seulement une signification cellulaire, mais encore une signification nerveuse proprement dite. Nous devons donc ici rester dans le doute et nous borner à constater que les nerfs, dépassant les limites du feuillet moyen, peuvent dans certains points du tégument arriver au contact immédiat des éléments cellulaires de l'ectoderme. Ainsi les éléments du feuillet externe, qui ont donné naissance à l'axe nerveux primitif en se repliant au niveau du sillon dorsal, se trouvent reliés ultérieurement par l'intermédiaire de cordons nerveux avec les éléments des centres qui proviennent eux-mêmes d'une invagination ectodermique. L'épithélium qui reçoit les impressions extérieures, les éléments anatomiques des centres qui les perçoivent et les transforment en sensations, ont la même origine embryologique et sont directement reliés entre eux par des connectifs.

Mais outre ce mode de terminaison des nerfs sensitifs, destinés très vraisemblablement à assurer les impressions tactiles générales, il en existe un autre en relation directe avec la modification du tact qui aboutit à établir la fonction spéciale du *toucher*. Nous avons vu que sur les points où la fonction tactile se spécialise : à la pulpe des doigts, au niveau des lèvres, de la langue, de la muqueuse du gland, etc., l'ectoderme se complique et multiplie ses surfaces de contact. En outre, de petits appareils vasculaires tout à fait spéciaux se développent dans les papilles afin d'assurer à ces éminences, qui vont devenir le siège d'impressions tactiles perfectionnées et délicates, une irrigation sanguine abondante et en quelque sorte autonome. En même temps que les vaisseaux s'élèvent en bouquets dans les papilles, les nerfs pénètrent dans ces dernières et constituent au niveau de leurs terminaisons des appareils spéciaux appelés *corpuscules du tact*.

Ces corpuscules du tact sont contenus dans le derme lui-même. Ils ne sont dans aucun cas placés en dehors des limites de ce dernier. Ceci est aussi vrai pour les corpuscules du tact des oiseaux et des mammifères que pour ceux spéciaux aux poissons et que F.-E. Schultze et Jobert ont à tort décrits comme existant dans l'ectoderme de ces animaux. Le plus ordinairement, les cor-

puscules du tact sont placés au voisinage immédiat des couches de Malpighi ; ils n'en sont séparés que par la mince couche vitriforme qui limite les contours festonnés du derme et le sépare de la couche profonde des cellules ectodermiques.

Les corpuscules du tact sont, d'une manière générale, formés par l'union des extrémités nerveuses avec des pièces de charpente plus ou moins complexes. Le tissu de soutènement offre à peu près partout un type particulier sur lequel nous devons insister avant de décrire en détail chacun des appareils terminaux.

Lorsque le sillon dorsal vient de se fermer, et même un peu aupara-

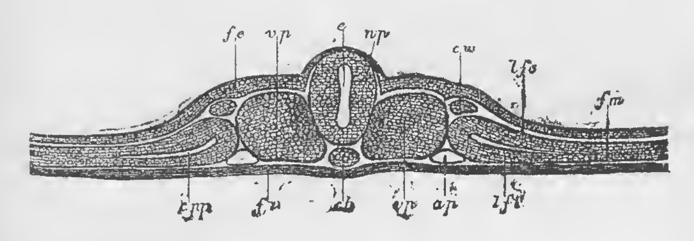



FIG. 11. Coupe de l'embryon du poulet vers la 30e heure de l'incubation.
Fe, feuillet externe ; — *fm*, feuillet moyen ; — *fi*, feuillet interne ; — *np*, névraxe primitif ; — *e*, coupe du canal épendymaire ; — *ch*, corde dorsale ; — *ccp*, cavité pleuro-péritonéale ; — *vp*, vertèbres primitives ; — *cw*, corps de Wolff ; — *ap*, aortes primitives.

vant, alors qu'il n'est constitué sur l'embryon (fig. 11, p. 465) que par une gouttière ouverte occupant l'axe et la portion médiane du corps, l'on voit se développer au-dessous de lui une pièce de charpente qui le soutient et le suit dans toute sa longueur. Cette pièce de charpente est *la corde dorsale.* Elle naît dans l'épaisseur du feuillet moyen ; elle accompagne la portion de l'ectoderme transformée en canal épendymaire en lui servant comme de tuteur, et de pièce rigide d'appui. La connaissance de la structure de cette corde est absolument indispensable pour comprendre le rôle et la constitution des pièces de charpente qui forment le stroma des terminaisons nerveuses intra-dermiques. Il semblerait que le système nerveux, au voisinage de l'ectoderme, tendît pour ainsi dire à reproduire, au niveau de ses terminaisons ultimes, le type du tissu de soutènement du névraxe primitif.

Le tissu de la corde dorsale est absolument typique. Chez les vertébrés les plus inférieurs, les *Pteromyzon* par exemple, la corde dorsale est persistante. Elle sert de point d'appui à la moelle

contenue dans une série de pièces métamériques cartilagineuses. C'est chez ces animaux qu'elle doit être étudiée de préférence, puisque son existence est chez eux non plus transitoire mais définitive. Il eût été préférable de l'étudier chez les myxines plutôt que chez les lamproies. Mais je n'ai pu me procurer encore ces derniers animaux. Quant à l'amphioxus, je n'en parlerai pas, car ce n'est pas un vertébré, et sa prétendue corde dorsale est plus analogue à la *plume* des calmars qu'à toute autre production organique. (Renaut et Duchamp, *compte rendu de l'Académie des Sciences*, 1re série, 1878.)

Si l'on prend un segment de la corde dorsale du *Pteromyzon Plancrii*, et si on le fixe dans sa forme, tandis qu'il est encore vivant, par l'action de l'acide osmique à 1 0/0, l'on voit que cet organe présente dans ses éléments constitutifs la disposition suivante. La corde est limitée par une gaine circulaire formée par du tissu fibreux affectant une disposition lamelleuse. La paroi interne de cet étui est revêtue de plusieurs files d'éléments cellulaires constitués par une masse de protoplasma renfermant un noyau. Chaque cellule est entourée d'une loge qui n'est elle-même qu'une émanation de la gaine fibreuse et qui l'entoure entièrement. L'élément cellulaire est de la sorte entouré d'une coque tout à fait analogue à celle qui enveloppe les cellules du nodule sésamoïde du tendon d'Achille des grenouilles. Au fur et à mesure que l'on s'avance vers le centre de la corde, les loges fibreuses, devenues polyédriques par pression réciproque, se montrent de plus en plus grandes. L'élément cellulaire qu'elles renferment s'atrophie au contraire de plus en plus. En fin de compte, il se transforme en une cellule plate extrêmement mince dont le noyau reste entouré d'une minime zone granuleuse. La cellule amincie de cette façon s'applique sur les parois de la loge fibreuse qui la contient, et au centre de la corde dorsale elle est si mince et si réduite que pour en montrer l'existence il faut employer des solutions concentrées d'éosine-primerose ou d'hématoxyline. Néanmoins l'emploi de ces deux derniers réactifs montre que, même dans les loges les plus centrales et les plus agrandies, il existe un élément cellulaire appliqué contre la paroi et la doublant. J'ai fait voir, en effet, ailleurs, que l'éosine poursuit le protoplasma dans ses expansions les plus délicates : or, sur les coupes minces la loge fibreuse

est colorée en jaune-brun par l'osmium, et sa face interne paraît toujours revêtue d'une lame rose légèrement granuleuse. Je ne saurais dire si les cellules de la corde dorsale se transforment en vésicules ou en globes à la façon des éléments du nodule sésamoïde du tendon d'Achille, car, excepté à la périphérie, je n'ai pu isoler par la dissociation ces éléments cellulaires sans les déchirer. Mais le fait me paraît probable, car sous l'influence des réactifs qui, comme l'alcool, ne fixent pas instantanément les tissus dans leur forme, les loges de la notocorde reviennent sur elles-mêmes et se plissent de façon à prendre une apparence fibrillaire. L'on peut, du reste, s'assurer que les parois des loges sont formées par des membranes très délicates, qui renferment des faisceaux fins de fibres connectives noyés dans une substance homogène translucide.

Le tissu de la corde dorsale est donc fondamentalement constitué par des éléments cellulaires très délicats étalés sous forme de lames minces à la face interne d'une série de loges formées par le tissu fibreux. Ces cloisons fibreuses jouissent chez la grande lamproie fluviatile de la propriété de se teindre en noir d'encre de chine sous l'action de l'osmium. La substance fibrillaire noyée dans une lame homogène qui les forme présente donc une constitution chimique particulière. La trame connective diffère, en outre, par sa constitution, de celle du tissu fibreux ordinaire; bien qu'elle résiste activement aux réactifs analogues à la potasse, elle ne paraît pas renfermer de fibres élastiques ni de réseaux élastiques proprement dits.

Ces connaissances générales étant acquises, nous allons pouvoir étudier avec plus de fruit les appareils sensitifs terminaux renfermés au sein du derme, et comparer la constitution plus ou moins compliquée de leurs pièces de charpente au tissu de la notocorde qui est elle-même le soutien de tout le système nerveux central primitif. (*A suivre.*)

VII

## OBSERVATION POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES LÉSIONS CONGÉNITALES DE LA PEAU.

**Dermatome hypertrophique congénital pigmentaire, plan, généralisé. (Nævus pigmentaire lichénoïde généralisé.)**

Par **M. L. GALLIARD**, interne des hôpitaux de Paris.

I

La grande classe des hypertrophies pigmentaires (1) comprend deux catégories bien distinctes : celle des pigmentations acquises, dues à des causes diverses, celle des pigmentations congénitales, ou autrement dit, des nævi.

Les *nævi pigmentosi* se subdivisent à leur tour en *nævus spilus*, à surface lisse ; *nævus verrucosus*, à surface raboteuse saillante, souvent recouverte de poils (*nævus pilosus*) ; *nævus mollusciformis* ou *lipomatodes*, véritable tumeur de la peau. Ces nævi ont une extension variable sur le tégument : tantôt ils occupent un espace fort limité, tantôt ils s'étendent sur une région tout entière ; leur forme est des plus capricieuses. Quand ils ont des dimensions considérables, on remarque qu'ils suivent le trajet des nerfs cutanés, soit d'un intercostal, soit du trijumeau, soit même d'un plexus tout entier. C'est le nævus nerveux de Th. Simon, le nævus unius lateris de Bærensprung, le papillome essentiel névropathique de Gerhardt ; tel est le cas de Simon, où le nævus correspondait à la zone de distribution du trijumeau, tels encore les faits de Thomson et de Rayer, où la région du nerf mentonnier était le siège unique de la lésion ; tel enfin le nævus observé par Hebra, qui recouvrait, à la manière d'un caleçon de bains, la partie inférieure de l'abdomen, le bassin et la partie supérieure des cuisses, suivant ainsi la distribution des plexus lombaire et sacré.

Il est rare de voir ces nævi disparaître après la naissance ; le

(1) Kaposi, Classe VI (1879), p. 498.

plus souvent ils s'accroissent, au contraire, et leur pigmentation peut s'accentuer dans certaines circonstances, par exemple, pendant la grossesse.

L'examen histologique fait voir que les saillies du nævus sont produites par l'hypertrophie du corps papillaire et du chorion; aussi les auteurs considèrent-ils les nævi verruqueux comme des papillomes cornés (1). Il est inutile d'introduire ici cette dénomination de papillome comme le fait Gerhardt (papillome essentiel névropathique). Au microscope, on trouve encore du pigment dans la couche muqueuse et dans le chorion, pigment composé de granulations et de cristaux (Rokitansky, Wedl). Le pigment peut s'accumuler dans les vaisseaux et se retrouver en même temps dans les organes internes.

Le cas dont nous allons donner la description détaillée, rentre dans la catégorie de nævi pigmentosi, c'est une affection congénitale et caractérisée par une pigmentation anormale. Jusqu'ici pas de difficulté; mais à quelle variété de pigmentations peut-on la rattacher? D'abord, elle se distingue des exemples cités par les auteurs et que nous avons recherchés dans les traités classiques aussi bien que dans les publications spéciales, par l'extension considérable des lésions qui intéressent à peu près toutes les régions du corps. Ensuite elle n'a pas partout des caractères identiques: ici ce sont des taches planes analogues à celles du nævus spilus; là, au contraire, des taches saillantes dues à l'hypertrophie papillaire, mais ne participant pas aux caractères du nævus verruqueux et encore moins à ceux du nævus pileux et lipomateux. Son aspect rappelle celui de certains lichens.

Les caractères anatomiques qui doivent être la base de toute dénomination en dermatologie peuvent être résumés ainsi:

1° Hypertrophie du corps papillaire sans épaississement notable de l'épiderme.

2° Pigmentation de la couche profonde des cellules épidermiques.

En tenant compte des données anatomiques et cliniques, et n'ayant pas la prétention d'introduire un terme nouveau, nous admettons la désignation suivante:

Dermatome hypertrophique congénital pigmentaire, plan, généralisé.

(1) Cornil et Ranvier, p. 287.

## II

### Observation.

La jeune fille qui fait le sujet de cette observation a été étudiée par nous dans le service de notre excellent maître M. Guibout, à l'hôpital Saint-Louis où elle entrait le 21 novembre 1879.

Louise R. est âgée de 14 ans. Son père jouit d'une bonne santé. Sa mère a souffert dans sa jeunesse de violentes céphalalgies. Le médecin la soigne actuellement pour une affection cardiaque; elle est surtout très nerveuse, très excitable.

L'enfant ayant été placée en nourrice immédiatement après sa naissance, la mère n'a rien remarqué de spécial dans la configuration des téguments, mais la nourrice affirme qu'elle y a remarqué des taches ayant la couleur de *la terre.* En revenant chez ses parents à l'âge d'un an, la petite fille avait des taches pigmentaires aux mains, à la nuque et au cou, taches moins foncées que celles dont nous constatons actuellement la présence; ces taches ont été attribuées à la qualité du lait de la nourrice. La mère croit aussi devoir attribuer une influence pathogénique à un érysipèle de la face qui survint, dit-elle, à cette époque. L'enfant eut à 18 mois la rougeole avec complications oculaires et taie persistante de la cornée. Du reste pas de manifestations scrofuleuses, pas de rhumatismes; cependant on lui a fait prendre à plusieurs reprises de l'huile de foie de morue, et du sirop d'iodure de fer. Elle n'a pas hérité du nervosisme de sa mère, et se fait remarquer au contraire par un caractère mou et indolent; mais elle a souffert de fréquents maux de tête, et de plus elle a eu depuis quelques années, à l'époque des grandes chaleurs, des érysipèles à la suite desquels les cheveux tombaient (?)

Les premières manifestations de la puberté ont eu lieu il y a 18 mois, et depuis 6 mois les règles sont normales.

Après 18 mois passés dans un pensionnat à Conflans, elle est entrée en apprentissage à Paris en qualité de brunisseuse.

Quelle est la valeur des renseignements obtenus de la mère et de la nourrice au point de vue de l'évolution du dermatome?

D'abord il paraît inconstestable que si les taches n'existaient pas au moment de la naissance, elles se sont développées peu de temps après. Dès le début, la nourrice a observé ces taches, et le nourrisson s'est fait remarquer bientôt par une coloration inégale et bizarre des cheveux, qui lui a valu le surnom de *tête panachée.* Il est probable que peu à peu, l'enfant grandissant, les taches se sont étendues et ont acquis aussi une coloration plus foncée. Un médecin consulté s'est déclaré impuissant à les faire disparaître, et les parents se sont décidés enfin à faire une tentative sérieuse pour combattre cette difformité si regrettable pour une jeune fille.

Louise R. est de petite taille, mais son état général est satisfaisant. Les fonctions digestives sont régulières; on constate un léger degré d'anémie avec bruit de rouet dans la jugulaire interne, double souffle cardiaque à la pointe et la base. La jeune fille se plaint de douleurs de tête assez fréquentes, revenant d'une façon périodique, de gastralgies souvent répétées, et de plus on peut observer chez elle quelques troubles circulatoires; souvent

elle a les extrémités froides et la peau un peu marbrée violet à leur niveau.

Arrivons à la description du dermatome : quand on examine la jeune fille, ce qui frappe tout d'abord c'est l'étendue considérable de la lésion cutanée qui occupe le cuir chevelu, la face, le cou, les extrémités, le tronc, n'épargnant aucune région. La distribution des plaques est-elle absolument livrée au hasard ou bien peut-on trouver la loi qui préside à leur répartition ?

Il est impossible de méconnaître que le nævus est en relation dans ses grands traits, et sans vouloir forcer les analogies, avec les filets nerveux, avec les plexus cutanés, comme le nævus nerveux de Simon. Au membre supérieur droit par exemple, les taches suivent le trajet du nerf médian, à la jambe droite le rameau antérieur du nerf saphène interne, au cou certaines branches du plexus cervical superficiel. Aux parois thoraciques il existe de véritables ceintures intercostales, analogues à celles du zona. A la partie droite de l'abdomen, la plaque s'arrête sur la ligne médiane ne dépassant pas la zone nerveuse de la région, c'est bien là le nævus unius lateris de Bærensprung; de même à la partie gauche du thorax. Mais sur bien des points les plaques pigmentaires ignorent le trajet des nerfs et méconnaissent les limites des régions anatomiques. Nulle part elle ne sont absolument symétriques; elles paraissent rechercher les parties riches en follicules sébacés et pileux, mais sans déserter les autres.

Leur configuration n'est pas asservie à un type uniforme. Rien de plus variable que l'aspect des différentes parties du nævus et surtout rien de plus éloigné des figures géométriques, des croissants, des anneaux qu'on rencontre dans certaines dermatomes. Ici ce sont de grands placards à bords sinueux festonnés, couvrant des espaces dont la plus grande longueur mesure 7 ou 8 centimètres, là des placards étroits, mais allongés, à bords réguliers comme si l'on avait donné à la peau des coups de pinceau; ces traînées pigmentaires se détachent de placards plus larges et vont se perdre dans la peau saine, ou vont rejoindre à une certaine distance une autre plaque. Toutes les plaques ne sont pas saillantes; les unes, les plus irrégulières dans les contours, ne constituent que de simples taches; les autres, celles dont les bords sont à peu près rectilignes, forment une saillie au-dessus du tégument et sont pourvues d'un bord nettement surélevé, comme on peut s'en convaincre avec le doigt. Ces dernières tranchent également par une coloration plus foncée sur la peau saine, tandis que les taches à limites sinueuses semblent pâlir insensiblement sur certains points pour se confondre avec le tégument normal. Ajoutons à ces caractères ceux que fournissent les variétés de colorations; les teintes les plus foncées existent au cou, à la nuque où la poussière qui s'accumule dans les sillons épidermiques, contribue encore à les accentuer; les plus claires se montrent aux épaules, aux membres; elles vont ainsi du brun au jaune clair.

Qu'on regarde maintenant de près, à l'œil nu, ou mieux à la loupe une de ces remarquables plaques, en choisissant pour cette étude les plus caractéristiques, celles du cou ou de la nuque, on verra qu'outre l'exagération des grands plis de flexion de la région cervicale antérieure, il existe à la surface de la peau un grand nombre de sillons profonds, circonscrivant des aréoles saillantes, quadrilatérales ou triangulaires. C'est en réalité l'exagération des sillons normaux du tégument due à l'hypertrophie des saillies papillaires.

Notons dès maintenant une particularité importante, l'aspect que revêt

la lésion à la paume de la main et au niveau des doigts, aspect dû à la nature spéciale de l'épiderme de ces régions; les plaques se transforment ici en nodules gros comme des pois, ou plus considérables, sans pigmentation qui les fasse distinguer des téguments du voisinage; c'est la palpation qui révèle l'existence de ces masses épidermiques indurées et saillantes.

D'une façon générale, il n'y a pas d'induration considérable de la peau; quand on la saisit entre les doigts, il semble que l'épaississement soit limité au derme et n'intéresse pas le tissu cellulaire sous-cutané. Les plaques saillantes donnent au doigt qui les aborde une impression spéciale, due à la rugosité légère de leur surface.

Il n'existe à leur niveau aucun trouble fonctionnel: la sensibilité au contact, aux piqûres y est absolument intacte, de même que la thermoesthésie; les glandes qu'elles enserrent fournissent aux aisselles, au nez, à la face des sécrétions normales, mais les glandes annexées aux follicules du cuir chevelu paraissent douées d'une médiocre activité.

Il est temps maintenant, après cette description générale, d'envisager séparément chaque région afin d'y étudier les particularités du dermatome.

*Cuir chevelu.* Les cheveux sont remarquables par la diversité de leurs teintes, châtain-clair, blonds, châtain-foncé; ces couleurs existaient déjà, paraît-il, dans les premières années de la vie. Ils sont toujours restés courts, et ne dépassent pas 40 centimètres, c'est à la tempe gauche qu'ils présentent la brièveté la plus marquée, en même temps que la teinte la plus claire, c'est là aussi qu'ils sont le moins serrés. On avait remarqué que les cheveux frisaient d'un côté seulement, actuellement ils sont partout droits. Du reste, solidement plantés, ils ne tombaient qu'à la suite des érythèmes assez réguliers au printemps. Dernier caractère, ils offrent une sécheresse remarquable, qui les fait ressembler à de la filasse. Pour se peigner, la jeune fille est obligée de dépenser une quantité considérable de pommade.

En écartant les cheveux, on constate que la peau qui les supporte est altérée presque dans sa totalité. La confluence de la lésion n'est interrompue qu'au sommet de la tête où nous trouvons trois bandes blanches larges de 2 centimètres 1/2 et longues de 3 centimètres, rayonnant autour d'un point central. C'est sur ces parties saines que sont implantés les cheveux les plus foncés en couleur. Partout ailleurs le cuir chevelu est jaunâtre, on y trouve des sillons profonds, des saillies, autour des follicules pileux; les bords des plaques offrent une saillie bien appréciable au doigt.

La pigmentation est très marquée et facile à apprécier sur les limites du cuir chevelu, là où il existe d'habitude de petits cheveux courts : à la nuque, en avant de l'oreille. Dans cette dernière région, du côté droit, la plaque ne dépasse pas le cuir chevelu.

*Face.* Les parties découvertes, la face, le cou semblent être le lieu de prédilection du processus pathologique. Les plaques de la face ne laissent que de rares intervalles de peau saine, mais n'ont pas la teinte foncée des plaques cervicales; elles donnent cependant à la physionomie un aspect caractéristique et se remarquent en premier abord. C'est à gauche qu'elles prédominent.

*Le front* se signale par un triangle pigmentaire dont la base touche au cuir chevelu, le sommet à la racine du nez, et qui s'étend surtout à gauche.

*Le nez* est presque totalement recouvert, sauf à droite où la plaque est limitée par une ligne droite, parallèle à la saillie du dos du nez. Les ailes du nez offrent de l'acné ponctuée.

Au menton, deux raies, l'une médiane, l'autre allant de la commissure gauche des lèvres en bas et en dehors, ne sont que le prolongement des bandes pigmentées du cou.

Les paupières supérieures ne présentent que quelques grains de mil disposés en chapelets perpendiculaires au bord libre. Rien aux paupières inférieures.

*Du côté gauche* de la face, la confluence est presque complète, et les taches sont marquées par des points noirs acnéiques. Une large plaque occupe la tempe, se continue en bas sur la région massétérine en avant de l'oreille pour aller se confondre avec celles de la région sus-hyoïdienne.

D'autre part, on voit partir du grand angle de l'œil une plaque remarquablement saillante qui va s'élargissant de haut en bas, contourne l'aile du nez et se prolonge en dehors sur la joue. Elle offre, à son origine, deux sillons obliques en bas et en dehors.

Le pommette est en partie respectée, ainsi que la partie inférieure de la région génionne.

*Du côté droit*, la tempe est traversée par une bande allant de la queue du sourcil au cuir chevelu.

Sur la joue est une plaque à bords très irréguliers, beaucoup moins colorée que celles du côté gauche, différant peu par sa coloration de la peau normale, mais marquée par deux choses, d'abord une saillie légère, ensuite la présence de points noirs d'acné punctata analogues à ceux du nez et des plaques du côté gauche. Cette plaque occupant pesque toute la joue est limitée par de la peau saine. A peu de distance de son contour se trouvent deux bandes larges de 1 centimètre à bords réguliers qui forment en se réunissant un angle ouvert en avant, l'une va du tragus au bord inférieur du maxillaire (un peu en avant de l'angle), et l'autre de la commissure labiale droite au même point.

La peau saine de cette région est semée de quelques taches de lentigo.

*Région cervicale.* C'est là que les taches présentent la confluence la plus marquée, l'uniformité d'aspect la plus nette, la coloration la plus foncée. Leurs bords sont saillants et tranchent nettement sur la peau saine. La pigmentation s'accentue facilement par la présence des poussières dans les sillons profonds interpapillaires dès que les lotions sont interrompues.

Ici comme à la face, c'est du côté gauche que la lésion prédomine.

La région cervicale est une de celles où le nævus montre sa tendance à suivre les branches des nerfs cutanés, et le plexus cervical superficiel semble lui avoir tracé la voie.

Nous trouvons d'abord une grande plaque qui occupe dans leur presque totalité les régions sus et sous-hyoïdienne. En bas, elle dépasse le sternum et les clavicules comme les branches claviculaires et sternales du plexus, et se trouve limitée par un bord sinueux, à droite elle s'arrête au bord postérieure du sterno-mastoïdien d'où émergent les principaux filets nerveux, tandis qu'à gauche elle dépasse cette limite pour aller se continuer à la nuque. En haut elle est limitée au bord du maxillaire inférieur, mais à gauche une bande s'en détache oblique en avant et en haut, comme les rameaux de la branche cervicale transverse pour aller à la commissure des lèvres; une bande gagne, près de la ligne médiane, la lèvre inférieure.

De chaque côté existe de plus une bande étroite qui du placard principal se porte presque verticalement au lobule de l'oreille en s'amincissant de bas

en haut, correspondant ainsi à la branche auriculaire du plexus. Les plis de flexion du cou, au nombre de quatre, sont exagérés.

La nuque a été choisie par nous comme type pour le dessin des lésions et la figure 1 en donne une idée très exacte. On voit qu'il existe là deux plaques principales, celle de gauche plus large, dépassant la ligne médiane, celle de droite plus étroite. Elles partent toutes deux du cuir chevelu et se portent obliquement en bas et en dehors pour se continuer aux épaules et au dos. La plaque gauche est interrompue par des bandes minces de peau saine. Les bords, on le voit encore, présentent des sinuosités, des découpures capricieuses tranchant par leur saillie et leur coloration sur le tégument normal. Vers le bas, ces caractères sont moins tranchés, les plaques s'affaissent et la teinte s'éclaircit.

La figure II montre les détails du nævus tels qu'on les voit à la loupe.

Le *tronc* offre un aspect fort curieux; ici encore le nævus affecte des relations manifestes avec le système nerveux. Du côté gauche, deux larges bandes, l'une à la partie moyenne du thorax, l'autre au niveau des fausses côtes, dessinent à la manière du zona le trajet des nerfs intercostaux. A la paroi thoraco-abdominale à droite existe une large plaque qui commence au-dessous de la mamelle et s'arrête en bas au niveau de l'ombilic ; cette plaque, foncée en haut, plus claire au bas, s'arrête brusquement à la ligne blanche (nævus unius lateris). La partie supérieure du thorax au contraire est surtout intéressée à gauche, et le placard pigmentaire s'arrêtant à la ligne médiane semble alterner avec celui de l'abdomen. De sa partie supéro-interne se détache une bande étroite qui va verticalement à la poignée du sternum, pour rejoindre les taches du cou. De ce même côté existe encore une petite plaque sous la mamelle. Signalons encore des bandelettes élégantes qui, partant de l'une et de l'autre aisselle, vont à la rencontre l'une de l'autre au-devant du sternum en décrivant des courbes à concavité supérieure.

La ligne qui va du pubis à l'ombilic est, comme chez beaucoup de sujets, fortement pigmentée.

Au dos existe une grande tache plane très irrégulière semée d'îlots de peau saine, et formant une sorte de triangle dont l'angle inférieur est au niveau des dernières vertèbres dorsales, à gauche de la ligne médiane, et dont les côtés vont se perdre sur les épaules. On y trouve de plus quelques boutons d'acné.

La région sacrée est marqué d'une tache plus petite.

*Membre supérieur droit.* Il mérite une description détaillée à cause de l'importance de la lésion et des particularités qu'elle présente ici.

Notons d'abord dans l'aisselle une plaque confluente, très belle, avec des compartiments saillants caractéristiques ; les poils qui s'y implantent sont foncés.

De l'aisselle part une traînée de petits nodules tantôt isolés, tantôt réunis en chapelet, plus ou moins saillants suivant les points, traînée qui suit le trajet du nerf médian. Longeant le bord interne du biceps, elle arrive au pli du coude, puis à la partie antérieure de l'avant-bras, et enfin à la paume de la main, d'où elle envoie deux collatérales au médius et une aux côtés adjacents de chacun des doigts voisins, n'empiétant pas de ce côté sur la zone du nerf cubital. Seulement, à la paume de la main, la lésion s'est modifiée : au lieu d'être constituée par des nodules mous et petits comme des grains de mil, elle consiste en saillies arrondies ou ovalaires, dures, fixées aux

parties sous-jacentes, séparées les unes des autres par les plis normaux de la peau. Le plus gros de ces nodules épidermiques atteint le volume d'un haricot, il est placé dans la paume de la main. Ils ne tranchent pas par leur coloration sur la peau environnante, c'est seulement quand on exerce sur eux des frictions répétées en chassant le liquide sanguin qu'on constate leur couleur jaune paille. Du reste, saillants surtout par leur partie moyenne, ils n'ont pas de rebords tranchés, mais leur couche cornée se continue avec celle des parties saines, comme si elle était soulevée en un point circonscrit.

Les nodules collatéraux des doigts sont plus petits que ceux de la paume de la main.

Une seconde traînée fort remarquable commence au niveau du bord inférieur du cubitus et longe le côté interne du cinquième métacarpien, c'est-à-dire le bord cubital de la main, mais en restant plus près de la face palmaire Les nodules ont ici une grande importance, ils sont plus larges et forment un chapelet interrompu par les plis de flexion.

*Membre supérieur gauche*. Même lésion de l'aisselle de ce côté, mais moins marquée qu'à droite.

Il y a une plaque à la partie inférieure et antérieure du bras, une autre à la partie inférieure et externe de l'avant-bras.

Le bord cubital de la main présente des nodules comme à droite.

On en trouve aussi à la face dorsale du pouce et à l'annulaire.

*Membre inférieur droit.* La partie antérieure de la cuisse est le siège d'une sorte de marbrure foncée constituée par des taches nombreuses irrégulières non saillantes, jaunâtres ; c'est un peu l'aspect de certaines roséoles confluentes qui commencent à prendre la coloration cuivrée.

Ces taches se continuent à la jambe, et celle-ci offre une bande large de 1 centimètre étendue à la partie interne dans le sens de l'axe longitudinal du membre, et s'étendant du genou au cou de pied. Cette bande a la même teinte pâle que les taches de la cuisse. Son trajet est en rapport avec celui d'une branche nerveuse importante, le saphène interne (rameau antérieur).

Le pied offre une altération analogue à celle de la main ; on observe du côté de la face dorsale une petite plaque indurée, en forme de fer à cheval, qui occupe le côté externe de gros orteil et le côté interne du second orteil. La face plantaire n'offre rien d'appréciable.

Rien à noter au membre inférieur gauche.

La description tracée au moment de l'entrée à l'hôpital Saint-Louis, s'applique encore exactement à l'état actuel (25 juillet 1880).

Fallait-il espérer en effet la guérison quand tous les dermatologistes s'accordent à considérer le *nævus* comme une affection incurable ? Evidemment il y avait peu d'illusions à se faire. Cependant, nous avons voulu observer la malade, et, sur la demande de ses parents, la soumettre à un traitement rationnel. Ce traitement, pendant les sept mois qui se sont écoulés et que la malade a passés d'abord dans le service de M. Guibout, puis chez elle, puis enfin à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Hayem, ce traitement n'a fait subir à la lésion aucune modification essentielle. Il a consisté en médication interne d'une part, agents locaux de l'autre. A l'intérieur, la jeune fille a pris des toniques : vin de quinquina, sirop d'iodure de fer, puis M. Hayem lui a prescrit l'arsenic à partir du 11 février 1880. Ce médicament, donné sous la forme de granules de Dioscoride (six par jour), a déterminé au bout de cinq jours un érythème presque généralisé, avec rougeur très marquée au niveau des plaques pigmentaires, s'accompagnant de déman-

geaisons assez vives et suivi de desquamation persistante à la nuque et au dos; après une suspension momentanée du traitement, la dose a été portée progressivement à 20 granules, sans poussée nouvelle à la peau. Nouvelle suspension le 14 avril. Le 28 avril, la jeune fille prend 20 gouttes de liqueur de Pearson, dose portée progressivement à 35 gouttes. Le médicament est resté sans action sur le nævus, mais il a eu pour effet de diminuer les maux de tête et la gastralgie dont la jeune fillle se plaignait précédemment, et de modifier aussi l'état du sang. Le 1er jnin, nous avons pu constater que si les globules rouges avaient un peu diminué de nombre (4,650,000 au lieu de 4,836,000), la richesse en hémoglobine avait augmenté; chaque globule valait non plus 0,75, comme le 11 février, mais 0,93 du globule sain pris pour unité. Le globule a donc gagné en quatre mois 18 0/0 d'hémoglobine.

Ce résultat est conforme à ceux qu'a obtenus récemment M. Hayem dans ses recherches sur l'arsenic.

Le nævus a résisté aussi bien aux agents de la médication externe. Outre les bains amidonnés et sulfureux donnés tons les deux jours, nous avons employé successivement la teinture d'iode, le collodion, l'huile de cade, enfin l'acide chrysophanique en pommade à 5 pour 40. Ce dernier agent a déterminé à la nuque une irritation assez vive suivi da desquamation superficielle mais sans provoquer l'affaissement des plaques saillantes, ni surtout diminuer leur pigmentation.

L'insuccès de notre thérapeutique démontre l'exactitude du pronostic établi dès le début par M. Guibout au sujet de la curabilité du dermatome.

## III

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'étude clinique serait incomplète si nous n'avions pas été en mesure de fournir, après la description macroscopique des lésions, les détails histologiques du dermatome. Nous avons donc appliqué ici, comme on doit le faire dans toute étude sérieuse, le procédé auquel M. Ernest Besnier a donné la dénomination si heureuse de *biopsie*. On sait que l'excision de petits lambeaux cutanés peut se faire sans provoquer de douleurs et sans avoir pour le patient aucune conséquence fâcheuse.

Les particularités dont nous avons fait ressortir l'importance, nous donnaient à penser qu'outre la forme générale de la lésion telle qu'elle existe à la nuque et à l'aisselle (régions choisies par nous comme offrant un type accompli de l'altération), il existerait dans la paume de la main une disposition anatomique digne d'attirer l'attention. Disons tout de suite que dans son ensemble la lésion est partout identique, qu'elle porte sur les deux éléments de la peau, le derme et l'épiderme, et qu'elle peut être résumée en deux mots :

1° Hypertrophie du corps papillaire avec augmentation de volume des cellules conjonctives du derme sans épaississement notable de l'épiderme ;

2° Infiltration des cellules profondes de l'épiderme par des granulations pigmentaires.

Ces différentes altérations paraissent en relation avec une congestion chronique du tégument.

Les lambeaux excisés par nous ont été traités par différents réactifs : les uns plongés pendant 24 heures dans l'acide osmique 1/100, puis dans la gomme et l'alcool ; les autres placés dans le liquide de Müller pendant dix jours, puis 24 heures dans la gomme et enfin dans l'alcool. Les deux méthodes de durcissement se complètent l'une l'autre au point de vue de la fixation des éléments, et quand on les emploie toutes deux, il est impossible de laisser échapper aucun détail histologique.

Nous décrirons successivement l'anatomie pathologique des deux régions :

1° *Peau de la nuque et de l'aisselle.*

A. Coupes traitées par le picro-carmin, après durcissement dans le liquide de Müller, la gomme et l'alcool.

En regardant la coupe à un faible grossissement (obj. 2 de Vérick et oculaire 1), on constate dès l'abord une exagération considérable de la dimension des papilles dermiques. Celles-ci ont à peu près le double de la longueur et du volume normal et sont séparées les unes des autres par des dépressions profondes dans lesquelles s'enfonce la totalité du revêtement épidermique. La couche cornée décrit par conséquent une ligne fort sinueuse. Les papilles sont tantôt isolées dans une saillie unique, tantôt réunies deux à deux. L'aspect fourni par les saillies et les dépressions à la surface du tégument ne peut être mieux comparé qu'à celui des créneaux d'une tour.

Ces papilles énormes sont admirablement vascularisées ; les vaisseaux s'y dessinent colorés en jaune, et forment à leur sommet des anses déliées, élégantes. Les glandes sudoripares et sébacées n'offrent aucune altération.

Un fort grossissement est nécessaire (obj. 8 de Vérick) pour examiner le détail des cellules épidermiques ; celles-ci forment aux papilles un revêtement parfaitement régulier, elles n'offrent qu'une lésion circonscrite aux deux dernières rangées de cellules, à celles qui sont en contact avec le derme et qui constituent le lieu d'élection des grains pigmentaires ; cette lésion est constituée par de petites granulations jaunâtres qui infiltrent le protoplasma,

plus ou moins confluentes, suivant les points qu'on examine ; de pareilles granulations ne se rencontrent pas dans le derme lui-même. Elles proviennent probablement des éléments du sang.

*B*. Coupes colorées par le carmin après durcissement dans l'acide osmique et l'alcool.

Ici les détails de la lésion se complètent. Ces granulations, que nous venons de signaler, se colorent en noir par l'acide osmique, ce qui les rend parfaitement évidentes avec un grossissement moyen (obj. 3 de Vérick, ocul. 1). En certains points, on les voit former une rangée régulière aux limites de l'épiderme ; sur d'autres, infiltrer le protoplasma des dernières rangées cellulaires, en formant des masses noirâtres ou seulement une série de points de la même couleur.

En laissant séjourner les coupes pendant un temps suffisant (24 heures) dans le picro-carmin, nous avons coloré les cellules du tissu conjonctif, et nous avons pu constater leur hypertrophie, prédominante en certains points, principalement au voisinage de l'épiderme. Quelques-unes sont nettement arrondies ou ovalaires, d'autres quadrangulaires ou étoilées. Notons aussi leur augmentation de volume autour des capillaires et des faisceaux nerveux. Les mêmes résultats sont fournis, par l'éosine et l'hématoxyline.

2° *Peau de la paume de la main* (prise au bord cubital).

*A*. Coupes après liquide de Müller, gomme, alcool, colorées par le picro-carmin. Ici l'épiderme ne se comporte plus comme aux autres régions. Entre les papilles hypertrophiées, il envoie toujours ses prolongements cellulaires, mais sa couche cornée passe à la manière d'un pont au-dessus des dépressions interpapillaires et constitue un revêtement rectiligne. On la trouve un peu épaisse, colorée en rose d'une façon inégale. L'épiderme au-dessous des papilles, a ses couches normales qu'on reconnaît à merveille : stratum granulosum, stratum lucidum, etc. Les cellules de la couche profonde présentent les mêmes granulations que dans les régions précédemment décrites.

*B*. Coupes colorées au carmin, après acide osmique gomme et alcool. Mêmes résultats que ceux décrits plus haut. Coloration noire des granulations pigmentaires.

Les cellules du tissu conjonctif présentent la même hypertrophie que dans les autres régions. Il y a donc ici, comme ailleurs, une hypertrophie des éléments du derme, hypertrophie localisée encore au voisinage de l'épiderme, autour des vaisseaux et des nerfs.

Les relations du nævus avec le trajet des nerfs, et la connaissance des lésions nerveuses qui accompagnent, dans certains cas, les altérations cutanées, devaient diriger notre attention sur les filets nerveux ; l'acide osmique nous permettait de les étudier.

Dans nos dissociations, dans les nombreuses coupes que nous avons eues sous les yeux, les nerfs nous ont paru uniformément sains. Les corpuscules du tact ont égalcment conservé leur intégrité. Ces résultats sont bien en rapport avec l'intégrité des fonctions cutanées (sensibilité, etc.), au niveau des plaques. Les auteurs qui admettent comme point de départ des nævi des troubles nerveux trophiques, n'ont pas signalé encore dans les nerfs terminaux d'altération anatomique, et nous doutons que le microscope puisse en révéler aucune dans cette catégorie d'affections.

La lésion a tout les caractères d'une maladie fixe ; il n'y a pas d'éléments indiquant une évolution même lente du processus, pas d'éléments embryonnaires, par de lésion irritative ; aussi ne peut-on espérer sa rétrocession et doit-on prévoir l'inefficacité des tentatives thérapeutiques.

### EXPLICATION DE LA PLANCHE III.

Figure I. — Elle représente la disposition du nævus à la nuque. Les plaques pigmentées, légèrement saillantes, se distinguent nettement de la peau saine.

Figure II. — Même lésion prise à la nuque et *vue à la loupe*. On distingue les saillies papillaires et les sillons de l'épiderme.

# NOTE SUR QUELQUES FORMES INSOLITES DE L'ÉRYTHÈME CUBÉBO-COPAHIQUE.

Par **CHARLES MAURIAC**, médecin de l'hôpital du Midi.

Dans la plupart des cas, les éruptions que provoque l'ingestion des balsamiques, chez certains individus, sont insignifiantes et fugaces. Mais il arrive parfois qu'elles prennent des proportions insolites et affectent des formes étranges qui seraient de nature à dérouter l'observateur, s'il n'était prévenu de ces anomalies. Le fait suivant en est un exemple et, à ce titre, il m'a semblé curieux et instructif.

## I

H..., trente ans, entré le 14 mars 1876, dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 6, lit 20, avait eu en 1864 une première blennorrhagie qui fut traitée et guérie par le copahu, au bout de deux mois. Ce médicament fut bien toléré et ne suscita aucune éruption.

Le 10 mars 1864, deuxième blennorrhagie aiguë que je fus appelé à soigner, et que je combattis pendant quinze jours avec des bains et des tisanes rafraîchissantes. Quand les phénomènes inflammatoires furent dissipés, je fis administrer, le 1er avril, l'opiat à la dose habituelle. Pendant 3 ou 4 jours, diarrhée assez forte, sans vomissements.

Dans la nuit du 3 au 4, le malade ressentit des démangeaisons et des picotements dans le cou. Pas de fièvre, pas de mal de tête, ni de courbature.

Le lendemain, 4 avril, à la visite du matin, je constatai une éruption confluente d'un rouge vineux sur tout le tronc et sur le cou, accompagnée d'une congestion et d'un œdème énorme de la face, qui rendaient le malade méconnaissable. Dans la journée, l'éruption se généralisa et envahit les membres. Les yeux devinrent larmoyants, et il y eut un léger mal de gorge avec un peu d'altération dans la voix. Du reste, aucun dérangement constitutionnel ; le malade se sentait dispos et il aurait pu se lever, aller et venir comme d'habitude. A peine son appétit était-il un peu diminué.

Le 5 avril (3e jour de l'éruption), je constataï l'état suivant : Peau médiocrement chaude, pouls 90. Langue rouge sur les bords et blanche au milieu. Éruption remarquablement confluente sur le tronc et constituée par de larges plaques érythémateuses, un peu saillantes au-dessus de la peau saine, uniformément teintées d'un rouge vineux et marbrées çà et là de petits points les uns blancs, les autres ecchymotiques. A côté de ces plaques, et entre-

mêlées avec elles sur leurs confins, plaques de moindre étendue, et taches rubéoliques très pressées les unes contre les autres, et sans aucune disposition régulière. — Même confluence et même aspect de l'éruption sur les membres supérieurs; mais elle est plus fragmentée sur les mains, tout en restant confluente, même sur la face palmaire.

Les interstices de la peau saine étaient extrêmement rares, et dans le dos, il n'en existait qu'un ou deux. On aurait dit une éruption scarlatineuse en nappe, à cause de la teinte uniforme d'un rouge violacé et du pointillé ecchymotique qui se détachait sur ce fond d'une coloration si spéciale.

Oreilles rouges et gonflées. Teinte d'un framboisé violent sur toute la peau du visage, sans aucun interstice de peau saine ; — épaississement du derme et boursouflure œdémateuse énorme qui bouleverse tous les traits de la face. — Larmoiement léger sans rougeur conjonctivale, œdème des paupières ; — pas de catarrhe nasal.

Sur les jambes et les organes génitaux, la forme rubéolique prédominait et on voyait, comme aux membres supérieurs, l'éruption se fragmenter, c'est-à-dire le diamètre des plaques diminuer de plus en plus à mesure qu'on se rapprochait des pieds qui, sur toutes leurs faces, étaient couverts de petites taches érythémateuses saillantes et très pressées les unes contre les autres. Il n'y avait d'œdème ni aux mains ni aux pieds.

Ainsi l'éruption était scarlatineuse sur le tronc et la face, et rubéolique aux extrémités ; elle était uniformément distribuée partout, sans prédominance autour des jointures et ne laissait voir que quelques interstices de peau saine.

Il n'y avait que fort peu de démangeaisons.

Isthme du gosier rouge et un peu tuméfié. Soif, inappétence. Plus de diarrhée ; quelques nausées. — Température de l'aisselle 38,4 ; température rectale 39,4. Etât général excellent ; aucun trouble du côté du système nerveux. — On avait supprimé l'opiat dès le début de l'éruption. L'écoulement blennorrhagique avait beaucoup diminué, et était devenu à peu près nul.

Le 6 avril (4e jour de l'éruption), la face était moins rouge, moins tuméfiée ; l'œdème des paupières avait diminué, et il n'existait plus de larmoiement. — Pouls 86. — Température rectale 38,4, axillaire 38. La teinte de l'éruption s'effaçait un peu et les larges plaques du tronc s'étaient fragmentées et affaissées. Cependant la couleur violacée et ecchymotique persistait toujours et, sur certains points, ne disparaissait pas sous la pression du doigt, ou se changeait en tache jaunâtre et pigmentaire.

Mais une transformation des plus curieuses s'était opérée sur quelques plaques, principalement aux extrémités, surtout dans la région de l'avant-bras et du poignet. D'uniformes sur leur surface, et d'irrégulières dans leur contour qu'elles étaient auparavant, elles étaient devenues régulièrement circulaires, et chacune d'elles se trouvait composée de plusieurs zones concentriques. Ainsi, le centre était formé par une tache d'un rouge ecchymotique ; puis venait une zone d'un rose pâle, et, en dehors de cette zone, un cercle d'une teinte rouge très foncé. — Le cercle et la tache centrale faisaient saillie au-dessus de la peau saine et la plaque avait environ 2 ou 3 centimètres de diamètre.

Aux extrémités inférieures la tendance ecchymotique de l'éruption était extrêmement prononcée et un pointillé de purpura confluent, ressemblant à des milliers de coups d'épingles, augmentait encore la singularité de cette érup-

tion. Là aussi, les plaques grandes ou petites affectaient la forme d'une cocarde plus ou moins régulière avec sa tache centrale entourée de deux zones l'une rose et l'autre framboisée. Ces dessins aux lignes courbes et multicolores, ponctués d'un nombre infini de piquetures noirâtres, formaient un tatouage qui saisissait le regard. C'était comme un changement à vue qui s'était opéré depuis la veille.

Etat général toujours très bon. Soif moindre. Aucun malaise général. — Pas trace d'albumine dans les urines.

Le 8 avril (6e jour de l'éruption), température rectale 38. Plus d'œdème ni de rougeur à la face. Desquamation furfuracée sur le menton. La peau avait presque repris partout sa coloration normale, principalement au tronc. Mais, aux membres inférieurs, la teinte rouge violacée de suffusion sanguine persistait toujours, ainsi que le piqueté ecchymotique. Là aussi se voyaient encore les plaques à zones concentriques. Seulement la tache centrale et la zone extérieure étaient affaissées et leur coloration tournait au jaune de l'ecchymose. Pouls 80; peau fraîche, langue nette.

Le 10 avril (8e jour), l'éruption était presque entièrement effacée sur le tronc. Une desquamation furfuracée très fine se montrait sur les points de la peau qui avaient été les plus fortement atteints. La face avait repris à peu près complètement sa couleur et sa physionomie ordinaires. Le tatouage avait disparu sur les membres supérieurs et inférieurs ; il ne restait que les taches centrales des plaques dont la couleur d'un rouge jaunâtre prenait des teintes de plus en plus ecchymotiques.

Quelques pustules acnéiques avaient apparu sur le tronc en avant et en arrière. Le pouls était calme, la peau fraîche, la température intérieure normale. Le malade n'éprouvait aucun malaise et commençait à avoir beaucoup d'appétit. Trois ou quatre jours après, vers le 12e jour de l'affection, le rétablissement était complet et il ne restait sur la peau que quelques marbrures d'un jaune bleuâtre et quelques points de purpura sur les extrémités inférieures.

## II.

Telle fut cette éruption provoquée par l'ingestion, pendant 3 ou 4 jours, d'une dose ordinaire d'opiat qui, chez tout autre individu, n'aurait sans doute suscité du côté de la peau aucun mouvement congestif ou n'aurait produit que quelques taches rubéoliques insignifiantes autour des jointures.

Ici le mouvement congestif sur le tégument externe a été d'une violence et d'une généralisation excessives, si bien qu'il s'est produit sur beaucoup de points une sorte de suffusion sanguine s'élevant par place jusqu'à la tache de purpura. Quelle pouvait être la cause d'une pareille perturbation vasculaire? Je ne suis parvenu à découvrir dans les antécédents du malade, aucune circonstance étiologique de nature à m'expliquer l'intensité vraiment extraordinaire de cette éruption. Sa santé était excellente; il n'avait

point d'habitudes alcooliques et il n'existait chez lui ni syphilis ni aucune autre maladie constitutionnelle, héréditaire ou acquise. Enfin il était placé dans de bonnes conditions hygiéniques.

L'intoxication de la peau par le copahu et par le cubèbe a donc été chez lui le résultat d'une idiosyncrasie qui nous reste absolument inconnue dans son essence et que nous ne pouvons apprécier que par ses effets. Tout ce que nous sommes en état de conjecturer, c'est que cette prédisposition n'était pas innée, ou du moins n'était pas permanente, puisque douze ans auparavant, le malade avait traité par le copahu sa première blennorrhagie, sans aucun dommage pour sa peau.

Un contraste bien étonnant, et qui n'est pas le côté le moins bizarre de ce fait, c'est celui qui a constamment existé entre les phénomènes d'excitation vasculaire dont la peau était le théâtre, et le calme relatif dans lequel sont restées toutes les grandes fonctions organiques. Sans doute ce mouvement fébrile a été un peu vif pendant 2 jours; mais cette fièvre n'a pas rendu l'individu réellement malade. Son système nerveux, par exemple, n'a pas été touché ; il n'a même pas existé de mal de tête, de courbature, de lassitude, de brisement dans les membres, aucun de ces phénomènes qui accompagnent si souvent la fièvre qu'on les trouve jusque dans l'accès fébrile le plus éphémère. Impassible dans son fonctionnement général, le système nerveux l'a été tout autant dans la circonscription plus spéciale de la sensibilité cutanée. A peine quelques démangeaisons dans les 24 premières heures de l'éruption ; puis, plus rien ; aucun autre trouble dans l'innervation de cette peau congestionnée à outrance.

Ainsi l'intoxication produite par le copahu et le cubèbe n'a atteint primitivement ou consécutivement ni les centres nerveux ni les autres grands appareils de l'économie. Elle s'est concentrée sur la peau. Bien plus, dans la peau, elle ne paraît avoir frappé que l'élément vasculaire, et cela directement, c'est-à-dire sans aucune intervention, apparente du moins, de l'innervation centrale ou périphérique.

Quelques particularités de ce fait méritent aussi d'être signalées. La plus saisissante à coup sûr, c'est la segmentation des plaques scarlatiniformes et leur transformation au bout de vingt-quatre heures en plaques d'érythème annulaire multicolore, à tache centrale et à zone périphérique saillante et d'un rouge framboisé violent, séparées par une zone d'une couleur rosée.

Cette disposition systématiquement annulaire de l'éruption

cubébo-copahique ne m'était pas inconnue. Je l'avais observée une première fois chez un de mes malades des chambres payantes, mais dans des conditions spéciales. Cet homme atteint de blennorrhagie avait en outre des chancres infectants qui dataient de quatre à cinq semaines. Il était donc à la veille des accidents cutanés et muqueux de la syphilis. En attendant que ceux-ci fissent leur première explosion, je pensai qu'il serait bon de débarrasser le patient de sa blennorrhagie et je lui fis prendre de l'opiat avant de le soumettre au traitement hydrargyrique. Cinq ou six jours après, sa peau se couvrit d'une rougeur d'un rose uniforme sur laquelle se détachaient, en teinte plus sombre, des arcs de cercle, des huit de chiffre, des arcades, des cercles complets ou incomplets. A la vue de ce bariolage circiné, je crus qu'il s'agissait d'une roséole maculeuse annulaire; mais je ne tardai pas à me convaincre que j'étais dans l'erreur. L'éruption, il est vrai, était à peu près aprurigineuse; toutefois son processus, loin d'être lent et chronique comme celui de la roséole syphilitique, fut remarquable par sa rapidité. Au bout de trois ou quatre jours, en effet, la peau avait repris sa coloration normale et il ne restait plus que quelques vestiges disséminés de cette éruption confluente. Le léger mouvement fébrile, sans malaise général ni courbature, qui l'avait accompagné dès le premier jour de son apparition, n'existait plus au bout de quarante-huit heures. Quelques semaines après, la véritable roséole syphilitique se manifesta avec ses allures habituelles; elle fut très modérée, sans aucun caractère spécial, et n'affecta aucune forme circinée dans la disposition de ses éléments.

Quelle est la cause de cette prédilection pour les lignes courbes, qui se manifeste dans un si grand nombre de maladies cutanées et qui constitue un trait caractéristique des syphilides à toutes les phases du processus de la maladie spécifique ? Je ne crois pas que nos notions actuelles sur l'anatomie et sur la physiologie de la peau permettent de répondre d'une manière même approximativement satisfaisante à cette question. Il y a là sans doute une lésion complexe de l'innervation et de la vascularisation, dans de petits districts cutanés, soumis à une certaine autonomie de vie locale ; mais en quoi consiste-t-elle et pourquoi systématiquement, à un moment et par une autre, se traduit-elle par des configurations géométriques dont la courbe est la ligne génératrice ?

Parmi les autres particularités singulières de cette éruption

cubébo-copahique, il faut placer l'œdème de la face, qui atteignit des proportions presque monstrueuses chez mon malade. Il fut de courte durée et disparut aussi promptement qu'il était venu. Les urines furent examinées avec soin et on n'y découvrit point d'albumine. Voilà donc encore un phénomène dont la pathogénie nous échappe.

Quant au purpura et à la teinte ecchymotique des plaques, phénomènes un peu moins transitoires que l'œdème, ils ne me paraissent pas dépendre d'une altération subite du sang. Je les attribuerais plutôt à la violence et à la généralisation du raptus sanguin sur la surface cutanée. Quelle qu'en soit la cause, ils n'ont aucune signification grave, pas plus du reste que les autres événements qui se succèdent sur la peau, pendant le septenaire que dure en moyenne l'éruption résineuse.

On a dû remarquer que les muqueuses avaient été peu touchées. L'hypérémie des conjonctives et de la gorge a été encore plus fugace que celle de la peau. Dans les formes ordinaires, le tégument interne est intact.

L'intoxication cutanée cubébo-copahique n'est point en corrélation exacte avec les désordres gastro-intestinaux que fait naître si fréquemment l'ingestion des balsamiques. Chez des sujets d'une intolérance extraordinaire pour ces médicaments, j'ai vu des vomissements, des diarrhées presque cholériformes persister deux ou trois jours, sans que la peau fût affectée. Loin d'être congestionnée, elle devient en pareil cas froide et d'une pâleur livide. Serait-ce que l'éruption se fait alors sur la muqueuse gastro-intestinale? Y aurait-il une sorte de balancement entre les troubles gastro-intestinaux et les éruptions cutanées?

Parmi les toxiques de la peau, les moules occupent une des premières places. Pourtant je n'ai jamais observé d'urticaire atteignant le degré d'intensité qu'ont présenté les érythèmes cubébo-copahiques dont je viens de parler. Mais combien plus général et plus sérieux se montre l'empoisonnement! Dans certains cas, rares, il est vrai, et d'une gravité exceptionnelle, j'ai vu survenir des désordres alarmants du côté du système nerveux, tels que du délire et une agitation musculaire voisine des convulsions. L'urticaire n'était alors qu'un épisode sans importance et quelquefois même il faisait défaut. L'empoisonnement par les crevettes, les huîtres et les moules se détermine, je crois plus souvent sur la muqueuse intestinale que

sur le tégument externe, et maintes fois il atteint directement les centres nerveux.

Mais je ne veux pas disserter plus longuement sur ce sujet. Je terminerai en faisant remarquer que les éruptions cubébo-copahiques, même les plus vives et les plus confluentes, n'ont aucune gravité. J'en ai vu guérir rapidement quoique la médication balsamique fût continuée. Il vaut mieux la suspendre cependant, quitte à la reprendre plus tard. La peau, après une première atteinte, semble acquérir parfois une sorte d'immunité qui la met à l'abri d'attaques ultérieures, du moins à brève échéance. Quant au traitement, il n'en faut point faire d'actif : la diète et les boissons rafraîchissantes pendant 4 ou 5 jours suffisent lorsqu'il n'existe pas de troubles gastro-intestinaux exigeant une médication spéciale.

Est-il utile de dire que cette éruption, si violente qu'elle soit, n'exerce aucune action dérivative sur l'écoulement blennorrhagique ? Elle constitue un événement fâcheux en ce sens qu'elle force à diminuer ou à interrompre la médication balsamique ; mais elle ne m'a pas paru accroître le flux uréthral par une action directe et élective sur la muqueuse du canal.

---

# REVUE GÉNÉRALE.

## I

## DES RAPPORTS ENTRE LA SCROFULE ET LA TUBERCULOSE

Revue critique par **P. MERKLEN**, interne des hôpitaux.

Les auteurs qui, depuis le commencement de ce siècle, se sont occupés des rapports de la scrofule et de la tuberculose ont, pour la plupart, obéi à cette tendance très naturelle de restreindre le domaine de l'une de ces maladies au profit de l'autre. En ce moment, la tuberculose longtemps perdue puis reléguée, même après les travaux de Bayle et de Laennec, dans le vaste domaine de la scrofule, semble devoir absorber les manifestations considérées jusqu'à présent comme les plus typiques de cette diathèse.

Ce mouvement, né de récents et importants travaux d'histologie pathologique, intéresse au plus haut point les dermatologistes. Ils contribueront et ont déjà contribué pour une part à la solution du problème, et plus tard ils en feront leur profit; on sait en effet combien sont divers et multiples les accidents cutanés de la scrofule. Quant à présent, nous nous proposons de passer en revue les phases qu'a traversées le problème et de préciser, en nous plaçant spécialement sur le terrain anatomo-pathologique, quels sont les résultats acquis.

### I

En 1845, l'Académie de médecine remettait pour la seconde fois au concours pour le prix Portal la question « de l'analogie et de la différence entre les scrofules et les tubercules ». C'est à cette occasion que Lebert publiait son remarquable traité des maladies scrofuleuses et tuberculeuses (1), ouvrage dans lequel, ainsi que nous le verrons, il

(1) Lebert. *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses.* 1849.

combattait en se basant sur l'anatomie pathologique et la clinique, la doctrine de l'identité de la scrofule et de la tuberculose.

Cette doctrine est aussi ancienne que la connaissance de ces deux maladies. Elle découle tout naturellement de leur fréquente association et des analogies grossières qui existent entre les lésions anatomiques de l'une et de l'autre. C'est ainsi que vers la fin du XVII^e siècle, Sylvius et Morton comparaient les tubercules du poumon à des ganglions hypertrophiés et aux tumeurs scrofuleuses des autres parties du corps.

Cette confusion ne devait cesser qu'avec Bayle et Laennec. Mais, déjà à la fin du siècle dernier, Baillie faisait sortir le tubercule du groupe des lésions scrofuleuses, tout en le considérant comme le produit d'une seule et même maladie, la scrofule. Vetter et, peu après lui, Bayle firent définitivement du tubercule le représentant d'une diathèse spéciale, distincte de la scrofule, la tuberculose.

Avec Bayle et surtout avec Laennec, la tuberculose est bien établie en tant qu'entité morbide. Pendant un temps, on néglige la scrofule, et la question de ses rapports avec la tuberculose a cessé de préoccuper les esprits. Mais bientôt, comme il arrive après toute découverte, nous allions dire après toute révolution scientifique, car l'œuvre de Laennec pouvait être considérée comme telle, la discussion devait recommencer cette fois plus précise, ayant une base mieux définie.

Deux courants étaient en présence. Les uns, après avoir longtemps nié ou méconnu la tuberculose, la voyaient partout ou du moins s'attachaient exclusivement à la constatation des lésions locales, sans tenir compte de la diathèse ou de la maladie. Dans un traité d'anatomie pathologique, apprécié à cette époque, Vogel (1) professait qu'il n'existait aucune différence histologique entre les matières scrofuleuse, tuberculeuse et typhique. De là à nier la scrofule, il n'y avait qu'un pas.

Mais déjà une réaction commençait contre ces tendances trop spéciales, et cette réaction se faisait au nom de la clinique et de la nosologie. Le passage suivant emprunté à Bazin (2) marque bien le caractère de cette lutte : « L'école organicienne de Bichat et les anatomo-pathologistes exclusifs qui ont dominé pendant la première moitié de ce siècle, ne voyant partout que des lésions matérielles et locales, ont nécessairement sapé l'édifice élevé par leurs devanciers ; et dans cette lutte contre la généralisation, un seul homme, Lugol, défendit l'entité scrofule, et s'attacha à démontrer que cette maladie est constituée par des éléments aussi nombreux que variés. Toutefois il est allé trop

(1) Vogel. *Traité d'anatomie pathologique.* Paris 1847. (Cité par Lebert.)
(2) Bazin. *Leçons sur la scrofule.* Paris, 1861 (2e édition).

loin, et c'est à tort qu'il a considéré le tubercule comme un produit exclusif de la scrofule. »

A côté de Lugol qui commence la réaction contre la doctrine nouvelle, il faut citer Graves qui reproche aux anatomo-pathologistes de s'être trop attaché à la lésion tuberculeuse sans tenir compte de l'état constitutionnel qui la domine, à savoir la scrofule. Pour cet auteur, toutes les formes de phtisie peuvent être rapportées à cette même origine, la scrofule, et celle-ci détermine tantôt l'inflammation scrofuleuse du poumon sans tubercule, tantôt la tuberculose pulmonaire. Graves est donc à la fois partisan de la dualité anatomique de la phtisie et de l'unité diathésique de la scrofule et de la tuberculose.

Ainsi, dès ce moment, trois opinions étaient en présence : pour les uns il existait deux diathèses distinctes, la scrofule et la tuberculose; mais dans cette période de discussions passionnées, cette opinion mixte comptait peu de partisans ; pour d'autres, une seule diathèse, la scrofule se manifestait sous des formes diverses, entre autres sous forme de lésions tuberculeuses ; enfin, pour les derniers, la scrofule n'existait pas, et tous les accidents dits scrofuleux étaient de nature tuberculeuse.

En somme, il n'y avait dans cette question des rapports de la scrofule et de la tuberculose, que contradictions et obscurités, quand Lebert entreprit de résoudre le problème avec l'autorité d'un clinicien doublé d'un histologiste. Il envisagea la question à un point de vue plus large que ses prédécesseurs ou ses contemporains et n'eut recours pour ses études à aucune méthode exclusive, et bien qu'appliquant peut-être le premier le microscope à l'examen des lésions tuberculeuses, il n'accorda pas aux résultats de ses investigations histologiques une valeur absolue. Il le dit du reste en propres termes : « Si on ne se sert du microscope qu'après l'étude clinique et anatomo-pathologique ordinaire, on arrivera non seulement à des résultats satisfaisants pour l'esprit, mais on parviendra souvent à débrouiller des questions qui, sans le microscope, ne pourraient être résolues convenablement, mais que le microscope ne saurait résoudre seul (1). »

Dans son traité, Lebert fait un examen comparatif des causes, des lésions, des symptômes et de la marche des affections scrofuleuses et tuberculeuses et il arrive aux conclusions suivantes : Il y a : 1° une affection tuberculeuse essentielle; 2° une affection scrofuleuse essentielle ; 3° une fréquente coïncidence de ces deux maladies chez le même individu. Au point de vue anatomo-pathologique, la scrofule diffère

(1) Lebert. *Loc. cit.* page 29.

absolument de la tuberculose par l'absence d'un tissu spécial et de lésions anatomiques propres. Cette conclusion le conduit à rejeter du cadre des manifestations scrofuleuses l'affection que l'on a longtemps regardée comme leur type le mieux caractérisé, à savoir la tuberculisation des glandes lymphatiques superficielles où, dit-il, il est facile de reconnaître l'existence de dépôts tuberculeux, substance qu'on a principalement désignée sous le nom de matière scrofuleuse. Il ne parle cependant que de l'une des formes des écrouelles, car plus loin, il reconnaît que sous l'influence de la scrofule, les ganglions peuvent se tuméfier, s'enflammer, suppurer ou s'hypertrophier sans contenir un atome de matière tuberculeuse. Quant aux lésions scrofuleuses du poumon, il ne les admet pas et se montre sur ce point absolument catégorique : « La matière tuberculeuse est la même dans tous les organes, et nous ne pouvons nullement partager l'opinion des auteurs qui parlent d'une affection scrofuleuse des poumons. Nous ne nions pas le fait que les scrofuleux peuvent devenir tuberculeux, car nous l'avons assez observé nous-même ; mais dans ces cas rien ne prouve que la tuberculisation soit la conséquence de l'état scrofuleux, et tout nous porte plutôt à croire qu'il n'y a alors que coïncidence ou complication de deux maladies. L'absence d'une matière scrofuleuse bien déterminée, la fréquence des affections tuberculeuses sans scrofules, ainsi que celles des dernières sans complication tuberculeuse fournissent, il nous semble, des preuves incontestables à l'appui de cette manière de voir (1). »

La phtisie scrofuleuse, malgré Lebert, ne devait pas être reléguée dans l'oubli. On sait quel rôle elle joue dans la doctrine dualiste de Virchow qui fait de la pneumonie caséeuse le synonyme de pneumonie scrofuleuse; après Milcent, l'un des auteurs qui ont le plus contribué à délimiter le domaine de la scrofule, Bazin décrit une phtisie scrofuleuse distincte de la phtisie commune.

Avec Bazin, nous entrons dans une phase nouvelle de la scrofule considérée dans ses rapports avec la tuberculose. Les travaux d'anatomie pathologique pure font place aux études nosologiques; l'esprit de synthèse et de généralisation succède à l'esprit d'analyse. Bazin ne s'occupe plus de la lésion, mais de la maladie. Le tubercule, dit-il, est un produit commun à la phtisie essentielle et à la scrofule; au point de vue pratique comme au point de vue théorique, on ne peut faire de ces deux maladies une seule unité pathologique. La phtisie essentielle est, pour Bazin, distincte de la scrofule, mais il rattache à cette dernière les tuberculoses aiguës généralisées, en se fondant sur différentes particularités qu'il résume dans ces lignes :

(1) Lebert. *Loc. cit.* page 653.

« Dans la diathèse tuberculeuse, le siège est invariable; le poumon est toujours l'organe particulièrement affecté; après lui viennent l'intestin et le larynx. Dans votre prétendue diathèse tuberculeuse générale, il n'y a pas de tubercule dans l'intestin, il n'y en a pas ou il y en a à peine dans le poumon. Dans le cas de diathèse tuberculeuse générale, les antécédents du sujet sont scrofuleux, et le sujet lui-même présente tous les caractères de la constitution écrouelleuse. (1) »

Ainsi, tandis que Lebert considérait le tubercule comme la caractéristique de la diathèse tuberculeuse, Bazin en fait un produit morbide commun aux deux diathèses tuberculeuse et scrofuleuse; il admet une scrofule viscérale et range parmi ses manifestations qu'il considère comme les accidents quaternaires de la scrofule, des lésions que Lebert regardait comme inséparables de la tuberculose.

Il semble donc que Bazin remette en honneur l'unité anatomique de la scrofule et de la tuberculose; les histologistes modernes trouveront le terrain tout préparé pour poursuivre cette idée jusque dans ses dernières conséquences. Mais la dualité diathésique de ces deux maladies reste tout entière; elle est affirmée par Hardy, et plus récemment acceptée par Pidoux. Les auteurs classiques, Grisolles, Jaccoud, tout en maintenant l'étroite parenté de la scrofule et de la tuberculose, les considèrent comme distinctes.

## II

Il était intéressant de rappeler avec quelque développement ces phases premières de la question des rapports de la scrofule et de la tuberculose, avant de nous occuper des travaux modernes d'histologie pathologique qui doivent apporter des éléments nouveaux à la solution du problème. L'anatomie pathologique macroscopique, la nosologie n'ont pas réussi à dissiper toutes les obscurités ou du moins à établir sur ce point l'unité de doctrine. Le microscope sera-t-il plus heureux?

On sait que les premiers travaux d'anatomie microscopique sur le tubercule sont dus à Lebert; mais son corpuscule tuberculeux n'a pas fait fortune. Il avait eu le tort de choisir pour ses recherches du tubercule à sa période de regression, et il fit des cellules dégénérées qu'il y constata l'élément spécifique du tubercule. C'était pousser trop loin l'analyse et provoquer une confusion regrettable entre les tubercules et d'autres produits en voie de dégénération, comme le pus; à tel point, dit Thaon (2), que Robin, examinant des tubercules types des méninges,

(1) Bazin. *Loc. cit.* pages 10 et suiv.

(2) Thaon. *Recherches sur l'anatomie pathologique de la tuberculose.* Thèse de doctorat. Paris 1873.

les regarda comme quelque chose de particulier, attendu qu'il n'y rencontrait pas le corpuscule tuberculeux. Le premier essai n'était donc pas heureux, et c'est à Virchow que l'on doit la première notion histologique de la granulation tuberculeuse. Il la décrit comme un nodule constitué par une accumulation de cellules et de noyaux au milieu d'une substance intermédiaire finement granuleuse, éléments subissant très rapidement la métamorphose graisseuse qui commence par le centre de la néoplasie.

La description de Virchow est restée longtemps classique et a servi de base aux recherches plus modernes. Mais cet auteur avait signalé, à côté de la granulation tuberculeuse, des inflammations chroniques sans nodosités, aboutissant comme le tubercule à la caséification et donnant lieu à une seconde forme de phtisie, opinion que Reinhardt avait avant lui soutenue d'une manière exclusive. C'est l'origine de la doctrine dualiste de la phtisie qui a tant préoccupé les médecins et les anatomopathologistes pendant ces dernières années et qui a été définitivement renversée par les travaux de Grancher et de Thaon.

Ce que nous voulons simplement faire ressortir, à propos de cette discussion étrangère à la question qui nous occupe, c'est que la caséification n'est plus spéciale au processus tuberculeux, comme l'avait cru Laennec, mais qu'elle se retrouve dans certaines inflammations chroniques, et ce mode de terminaison est précisément un des caractères communs à la scrofule et à la tuberculose. La pneumonie caséeuse de Virchow est la pthisie scrofuleuse des anciens auteurs.

Du reste, la matière caséeuse avait été jusqu'à Bayle considérée comme le type de la matière scrofuleuse, mais les anciens observateurs avaient eu le tort d'en faire un produit primitif, une sorte de dépôt immédiat dans les ganglions lymphatiques où ils l'ont surtout étudiée, d'une substance préexistante dans le sang ou la lymphe et désignée sous le nom de substance crue. Virchow a montré le premier « que la métamorphose caséeuse n'était pas un état primitif, cru ou exsudatif, mais le *second stade ou l'issue nécrobiotique d'un processus originairement hyperplasique de prolifération*, et que, par conséquent, la substance caséeuse n'était rien autre chose que les restes d'une substance tombée en détritus (1) ». « Les produits positifs de la scrofule sont des modifications irritatives des tissus, qui portent en eux le caractère en partie hyperplasique, en partie inflammatoire (2). »

Cette dernière définition de Virchow prouve que le tissu scrofuleux n'a aucun caractère spécial, comme l'avait déjà pensé Lebert. Il se rap-

(1) Virchow. *Pathologie des tumeurs*. T. III, page 39.
(2) Id. page 37.

proche de la tuberculose par son évolution, aboutissant comme lui à la caséification, ce que Virchow avait d'abord appelé à tort la tuberculisation. Mais cette caséification même appartient à d'autres produits morbides comme la gomme syphilitique, le cancer. Au reste, cette description du tissu scrofuleux s'applique surtout aux manifestations ganglionnaires et pulmonaires et nullement aux autres lésions de la scrofule, notamment aux lésions cutanées. Et même ces adénites scrofuleuses étaient considérées par Lebert comme étant de nature tuberculeuse, erreur due, ainsi que nous l'avons déjà dit, à l'âge avancé des produits soumis à ses investigations.

Tout en établissant, au point de vue histologique, une ligne de démarcation entre la scrofule et la tuberculose, Virchow était allé trop loin. Les recherches de Grancher et de Thaon devaient en effet démontrer que sa phtisie scrofuleuse, en d'autres termes, sa pneumonie caséeuse était en réalité une phtisie tuberculeuse. Thaon (1), après l'examen de nombreux cas de pneumonie caséeuse, est arrivé à cette conclusion que la pneumonie caséeuse essentielle n'existe pas, que toujours on trouve les inflammations mêlées à des granulations, que les inflammations caséeuses sont tuberculeuses au même titre que la granulation ; en résumé, que la tuberculose peut donner lieu à des lésions d'ordre différent : la granulation et les inflammations caséeuses.

C'était établir, ainsi que le dit Grancher (2), l'unité diathésique, mais non l'unité anatomique de la tuberculose ; c'était supprimer en même temps la distinction établie par Virchow entre les lésions tuberculeuses et scrofuleuses. On doit à Grancher la démonstration de l'unité anatomique de la tuberculose. Dans un premier mémoire publié en 1872 (3), dans sa thèse de doctorat (4), enfin dans un mémoire plus récent (5), cet auteur a démontré que la phtisie pulmonaire était une, que les inflammations caséeuses de Virchow ne différaient des granulations tuberculeuses que par leur volume, que les foyers de pneumonie caséeuse étaient constitués par des tubercules géants présentant une structure absolument semblable à celle des tubercules miliaires.

La phtisie est donc à rayer du cadre des accidents de la scrofule et il en sera bientôt de même de toutes les manifestations viscérales de cette maladie, notamment de la scrofule testiculaire. Malassez (6) et

(1) Thaon. *Loc. cit.*
(2) Grancher. Art. scrofule. *Dict. encyclop.* et *Gazette médicale*, 1880.
(3) id. *Arch. de physiologie*. 1872.
(4) id. *Thèse de doctorat*. 1872. De l'unité de la phtisie.
(5) id. *Arch. de physiologie*. 1878. Tuberculose pulmonaire.
(6) Malassez. *Arch. de physiologie*. 1876.

Reclus (1) ont en effet démontré que les lésions scrofuleuses du testicule, autrement désignées sous le nom d'orchite caséeuse n'étaient autres que des lésions tuberculeuses, que l'unité de la tuberculose était vraie pour le testicule comme pour le poumon.

La conséquence toute naturelle des travaux histologiques que nous venons de passer en revue et dont les conclusions sont généralement adoptées aujourd'hui, a été de restreindre considérablement le domaine de la scrofule. Les accidents quaternaires de Bazin subsistent certainement, mais il y a eu de sa part vice d'interprétation; ce sont des manifestations tuberculeuses survenant chez un scrofuleux. Aujourd'hui en fait de lésions scrofuleuses vraies, on n'admet plus que les manifestations tégumentaires, ganglionnaires, osseuses et articulaires.

## III

Les accidents scrofuleux vrais, du côté des ganglions les adénopathies caséeuses diverses, du côté des os et des articulations la carie, les arthrites et les synovites fongueuses, du côté de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané le lupus, les gommes et les abcès scrofuleux, sans compter les lésions plus superficielles peu favorables aux recherches histologiques, constituent encore un vaste champ d'études. Nous avons à rechercher maintenant si, au point de vue anatomique, il existe un lien, une analogie réelle entre ces lésions et le tubercule. Or la plupart des travaux histologiques publiés depuis dix ans sur ce point, tendent précisément à supprimer la distinction ancienne entre les caractères anatomiques de la scrofule et de la tuberculose, et à considérer les manifestations strumeuses que nous venons d'énumérer comme des tuberculoses locales.

Le premier pas dans cette voie a été fait par Schüppel qui a attribué à des éléments particuliers du tubercule déjà signalés mais peu connus avant lui, aux cellules géantes, une importance presque spécifique. Ces Riesenzellen ou cellules géantes avaient été vues par d'autres auteurs, mais différemment interprétées. Schüppel les considère comme d'immenses cellules plates composées d'un protoplasma granuleux et d'un grand nombre de noyaux. Cornil et Ranvier, et plus tard Thaon se rangeait à cette manière de voir, avaient au contraire pensé que les figures simulant les cellules géantes et très nombreuses au sein des tissus tuberculeux étaient dues à la section transversale de vaisseaux renfermant un coagulum fibrineux qui a englobé les globules blancs

(1) Reclus. *Thèse de doctorat*. 1876. Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse.

accumulés le long des parois à cause du ralentissement de la circulation. Ce qui peut tromper, dit Thaon, c'est qu'à cette période, on ne reconnaît généralement plus de paroi à ces vaisseaux oblitérés, la granulation s'est substituée aux tuniques normales; elle est là, entourant de toutes parts la prétendue cellule gigantesque.

La cellule géante de Schüppel a fait fortune, et depuis une dizaine d'années, l'attention de nombreux observateurs s'est portée sur cet élément singulier dont on voulait faire un nouveau corpuscule tuberculeux. L'importance de ce fait, s'il devait se confirmer, était considérable et permettait de résoudre des problèmes depuis longtemps en suspens, tel que celui des rapports de la scrofule et de la tuberculose. En effet, dès le début, la cellule géante a été constatée dans les lésions scrofuleuses des ganglions, elle devait l'être plus tard dans le lupus tuberculeux et dans diverses manifestations de la scrofule.

Friedländer (1), en étudiant des fragments de lupus extirpés sur le vivant, a constaté le premier, qu'au milieu du tissu de granulation qui d'après Virchow constitue les tubercules du lupus, il existe des cellules gigantesques avec très nombreux noyaux, la plupart périphériques.

Malgré l'irrégularité habituelle de la disposition des éléments dans le lupus, les cellules gigantesques occupent en général le centre des tubercules. Schüppel avait déjà insisté sur ce fait que la cellule géante forme le centre de la granulation tuberculeuse. Friedländer conclut de ses recherches qu'il existe une relation très étroite entre la scrofulose et la tuberculose.

Dans un travail plus complet (2) publié quelque temps après, le même auteur établit une analogie complète entre les nodosités du lupus et le tubercule tel qu'il est généralement décrit. Les petites tumeurs du lupus en présenteraient tous les caractères, à savoir : la forme nodulaire, la constitution histologique, l'absence de vaisseaux, la tendance à la caséification, enfin la durée relativement courte des éléments. Friedländer décrit les tubercules du lupus comme constitués, au centre par une cellule géante type, munie de prolongements et de nombreux noyaux ovalaires occupant en général sa périphérie; la cellule géante est entourée de grandes cellules irrégulièrement cubiques, plus rarement sphériques, dépourvues de membrane, possédant un et quelquefois plusieurs noyaux. Les nodosités ainsi constituées ne possè-

(1) Friedländer. *Sur les rapports entre la scrofule et la tuberculose. Ctb. f., d. m. Wiss.* 1872.
(2) Friedländer. *Recherches sur le lupus. Arch. f., pathol. anat. méd., physiol.* LX, liv. 1.

dent pas de vaisseaux et sont situées au milieu d'un tissu de granulation ; elles sont très confluentes au centre du lupus, tandis qu'elles sont plus rares sur les bords. Enfin il faut signaler dans ces petites tumeurs des points de dégénérescence caséeuse.

On le voit, l'analogie est grande entre ces lésions et celles de la tuberculose classique. En terminant son travail, Friedländer étudie les lésions hypertrophiques et caséeuses des ganglions lymphatiques qui souvent accompagnent le lupus. Ces lésions sont semblables à celles que Schüppel a décrites dans les ganglions scrofuleux, elles reproduisent complètement celles du lupus, constituées comme lui par une infiltration très abondante de nodosités globuleuses présentant les mêmes caractères histologiques que celles de la maladie cutanée.

Les conclusions de Friedländer diffèrent de celles de Schüppel, en ce qu'elles n'accordent pas à la cellule géante la valeur spécifique que lui avait attribuée Schüppel. Le premier de ces histologistes se défend même énergiquement d'avoir jamais soutenu pareille opinion ; et, dans une étude générale sur les cellules géantes (1), il démontre la banalité de ces éléments, leur diversité, leur fréquence dans des altérations nombreuses et très diverses. Pour lui, la caractéristique du tubercule réside dans l'arrangement réciproque de la cellule géante et des cellules épithélioïdes et embryonnaires qui l'entourent.

Quoi qu'il en soit, la définition histologique du tubercule est désormais très différente de celle donnée par Virchow. Le tubercule élémentaire, opposé comme le dit Grancher, au tubercule-granulation de Laennec et de Virchow est le point de départ d'une série de recherches nouvelles qui la plupart tendent à confirmer les conclusions de Friedländer. Koster (2) décrit ce tubercule élémentaire dans les fongosités des tumeurs blanches, et c'est même au milieu du tissu de granulation des arthrites fongueuses qu'on peut l'étudier le plus facilement à l'état isolé. La description de Koster ressemble en tous points à celle de Friedländer et c'est à ces deux auteurs qu'est généralement rapportée la découverte du tubercule élémentaire.

En France, Charcot a contrôlé et appuyé de sa grande autorité la description du tubercule élémentaire qu'il désigne sous le nom de follicule tuberculeux ; mais il a pénétré plus avant dans le mécanisme de sa formation et s'est attaché à l'étude de la cellule géante du tubercule. Elle se distinguerait de la cellule géante qu'on rencontre dans d'autres néoplasies par ce fait qu'elle est multipolaire, à prolongements

(1) Friedländer. *Remarques sur les cellules géantes et leurs rapports avec la tuberculose. Berl. Klin Wochensch*. 1874.
(2) Koster. *Inflammation fongueuse des articulations. Virchow, archiv.* 1878.

rameux, à protoplasma globuleux, à noyaux périphériques. Voici d'après Hanot (1) la conclusion de Charcot : 1° La cellule géante est constituée dans le principe par un amas d'éléments cellulaires tassés les uns contre les autres et forme ainsi une petite masse endothéliale ; 2° les éléments constituant cette petite masse subissent une modification particulière, qu'on peut appeler transformation vitreuse, ayant pour effet d'amener l'accolement, puis la fusion des différentes cellules qui en sont atteintes, pendant que les noyaux de ces cellules entrent en prolifération active ; 3° cette transformation vitreuse qui a pour aboutissant la caséification, procède ici comme dans la granulation tuberculeuse, du centre à la périphérie de l'amas cellulaire, ce qui explique les différents aspects que présente la cellule géante sur les coupes.

Le côté nouveau de cette description de la cellule géante réside dans le mode de formation qui lui est assigné. Il résulte en effet de ce rapide énoncé et des considérations intéressantes que Grancher (1) émet dans son mémoire déjà cité et dans son récent article du *Dictionnaire encyclopédique*, que les cellules géantes du tubercule sont le résulat d'une transformation particulière appelée dégénérescence vitreuse des cellules épithélioïdes, dégénérescence qui précède immédiatement la caséification. En effet, ces éléments, dans les tubercules en voie d'évolution, se trouvent toujours entre les zones caséeuses et embryonnaires. Les cellules géantes, dit Charcot, sont, à la fois, les témoins de l'activité du processus, et l'avant-garde de la dégénérescence caséeuse.

Le follicule tuberculeux ou tubercule élémentaire est, d'après cela, un élément qui doit se retrouver dans tous les tissus en voie de caséification. Les cellules embryonnaires qui constituent le tissu de granulation et qui doivent passer à l'état caséeux subissent une première modification qui leur donne l'aspect des cellules dites épithélioïdes et celles-ci finissent par se souder de manière à figurer une cellule géante.

Cet aperçu général sur la structure et la nature du follicule tuberculeux était nécessaire avant d'entrer dans le détail et de rechercher cet élément dans les diverses lésions scrofuleuses. C'est en effet autour de lui que gravitent en ce moment les discussions des partisans de l'unité ou de la dualité anatomique de la scrofule et de la tuberculose. Or, c'est dans les lésions scrofuleuses que le follicule tuberculeux a été signalé tout d'abord ; c'est dans le lupus qu'il a été décrit par Friedländer. Presque en même temps Koster le suivait dans les fongosités articulaires et aujourd'hui de nombreux observateurs tendent à consi-

(1) Hanot. Article phthisie du *Dict. de méd. et chir. prat.*
(2) Grancher. *Arch. de physiol.* 1878.



dérer l'ancienne tumeur blanche comme une arthrite tuberculeuse (1). Brissaud (2) a constaté la présence du tubercule élémentaire dans les gommes scrofuleuses de la peau où déjà il avait été signalé par Bizzozero. Enfin, c'est dans les ganglions scrofuleux que Schuppel a surtout étudié sa fameuse cellule géante.

Nous aurons à passer en revue ces diverses lésions scrofuleuses, à les rapprocher les unes des autres et surtout à les comparer aux lésions tuberculeuses du poumon pour rechercher dans ce parallèle les analogies et les différences qui existent au point de vue anatomo-pathologique entre les deux diathèses. Les travaux récents de Cornil et de Grancher nous serviront de base dans la seconde partie de cette étude.

(*A suivre.*)

(1) Voir sur ce sujet : Brissaud. *Tuberculose articulaire. Revue mensuelle.* 1879.

(2) Brissaud et Josias. *Des gommes scrofuleuses et de leur nature tuberculeuse.*

II

# REVUE GÉNÉRALE DE L'ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DE LA PEAU,

**Par ERNEST CHAMBARD,**

Ancien interne des hôpitaux, directeur du laboratoire de la faculté à l'asile Sainte-Anne.

## PREMIÈRE PARTIE : ANATOMIE NORMALE.

(Deuxième article.)

*Ebner*, Mikroscopische Studien ueber Wachsthum und Wechsel der Haare (*Sitgunysb. der Kaiserl. Akad. der Wissensch., in Wien*, t. LXXIV, 1876). — *Unna*, Beiträge zur Histologia und Entwickelungs Geschichte der menslichen Oberhaut und ihrer Anhangs-gebilde (*Arch. für mikroscop. Anat.*, Bd XII, Heft IV). — *Reynold*, Virchow's. Arch. LXI, 1874. — Ueber die Knaueldrüsen des Menschens. — *Hesse*, Zeitschrift de His et Braune, 1876. — *Hermann*, Contribution à l'étude des glandes sudoripares. (*Soc. de biologie*, 27 déc. 1879) — *Ranvier*, Sur la structure des glandes sudoripares (*Comptes rendus*, 29 déc. 1879). — *Tomsa*, Wiener med. Wochensch., 1865. — *Renaul*, Article Peau. (*Manuel d'histologie pathologique*, de Cornil et Ranvier.) — *Renaut*, De l'érysipèle et des œdèmes lymphatiques de la peau (*Archives de Physiologie*, 1874). — *Malassez*, Communication orale et mémoires de la Société anatomique, mai 1880. — *Ranvier*, Note sur les corpuscules du tact (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, décembre 1877). — *Renaut*, Système nerveux. Anatomie (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*). — *Couty*, Des terminaisons des nerfs de la peau (*Thèse d'agrégation*, 1878. Section d'anatomie et de physiologie).

### 3e POILS (1).

La structure des poils et des follicules qui le renferment, beaucoup plus complexe qu'on ne le croit généralement, n'est bien connue que depuis les travaux récents de Gotte, Unna, von Ebner, et surtout de M. le professeur Ranvier, d'après les leçons duquel nous essaierons de l'exposer, autant qu'il est possible de le faire, sans le secours de figures.

Lorsqu'on arrache les poils des différents points du corps, on remarque aisément que les uns, profondément implantés dans le derme,

(1) Voir le premier article, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 2e série, t. I, no 2, p. 249 et suiv. 1880.

se terminent par une racine arrondie nettement configurée, et que d'autres entraînent avec leur racine une sorte de gaîne blanchâtre à contours irréguliers ; sur les coupes verticales de la peau, ceux-ci naissent d'un bulbe creux coiffant une papille qui s'élève au fond du follicule pileux; et ceux-là, d'un bulbe plein qui semble greffé sur les parois folliculaires. Ces différences justifient déjà la distinction des poils en deux variétés : les poils à bulbe creux et les poils à bulbe plein, et cette distinction nous paraîtra plus légitime encore lorsque nous en étudierons la signification physiologique. Nous commencerons par la description des premiers.

### A. *Poils à bulbe creux.*

Les coupes dont nous venons de parler suffisent à nous montrer que les poils obliquement implantés dans le derme, ont, comme les végétaux, deux parties : l'une profonde et cachée, la racine ; l'autre extérieure, la tige. La racine naît du bulbe, et tous les deux sont contenus dans le follicule, dépression digitiforme du derme revêtue d'une couche épithéliale qui semble se continuer avec l'épiderme cutané. Au fond du follicule s'élève une papille que coiffe le bulbe pileux, et sur sa paroi, vers l'union des tiers supérieur et moyen, s'ouvre le canal excréteur de la glande sébacée qui lui est annexée. Nous passerons en revue ces diverses parties et nous en étudierons la structure avec quelques détails, car on ne saurait, sans la connaître, comprendre l'anatomie pathologique d'un grand nombre d'affections cutanées, ni la pathogénie de la plupart des affections qui aboutissent à l'alopécie.

1° *Tige du poil.* La tige du poil, conique d'abord, puis cylindrique et terminée en pointe dans les poils entièrement développés, se compose de trois couches : la substance médullaire, la substance corticale et une mince pellicule nommée cuticule ou épidermicule du poil. Toutes les couches se composent de cellules plus ou moins intimement cimentées entre elles, mais isolables par macération dans des solutions plus ou moins concentrées d'acide sulfurique et dans la potasse à 40 0/0 (Ranvier).

La substance médullaire est une colonne de cellules polyédriques ayant toutes un noyau et infiltrées de bulles très fines d'un gaz aériforme. Aussi la substance médullaire est-elle, à la manière des amas de bulles gazeuses, opaque par transparence et brillante par réflexion.

La moelle peut manquer dans certains poils ou dans certains points de la longueur d'un poil. Elle fait constamment défaut dans certaines

espèces animales (hérisson, poils tactiles du lapin, cochon (Leydig), chez l'homme, les fibrines en sont dépourvues. Sa section est généralement circulaire dans l'espèce humaine, du moins.

La substance corticale, à demi dissociée, semble composée de faisceaux parallèles de fibres irrégulières ; mais une action plus prolongée des réactifs permet de constater que ces fibres se composent de cellules placées bout à bout, irrégulières, fusiformes, dépourvues de noyau, sauf quelques-unes qui offrent un noyau en voie d'atrophie. Ces cellules renferment un pigment auquel les poils doivent leur couleur et qui peut manquer dans certains segments du poil ou disparaître à certaines périodes de son accroissement ; ainsi s'explique la stratification remarquée dans quelques cas par M. Malassez sur les poils qui présentaient une succession de zones alternativement blanches et noires.

L'épidermicule consiste en une couche unique de cellules plates, minces et serrées, dépourvues de noyau, vitreuses, colorées en jaune par l'acide picrique, imbriquées comme les tuiles d'un toit et revêtant, pour embrasser la circonférence du poil, la forme de segments de cylindre. Ces cellules sont intimement soudées entre elles et à la couche corticale sous-jacente ; par leur superposition, elles donnent aux bords du poil l'aspect d'une scie dont les dents sont dirigées de telle sorte qu'elles semblent s'opposer à la poussée du poil. Nous verrons plus tard qu'il n'en est rien.

2° *Racine du poil. Bulbe.* — Dans le bulbe, les trois couches que nous venons d'énumérer semblent se confondre, et seule l'épidermicule peut encore être distinguée sur les parties latérales. Sur un poil arraché et coloré par le picro-carmin, les parties du bulbe qui avoisinent la papille sont teintes en rouge et doivent cette coloration à de nombreux noyaux qui fixent fortement la matière colorante. Au-dessus de cette zone, il en existe une seconde qui se prolonge jusqu'au point de soudure de la racine et du bulbe, et dont la coloration est moins vive, car les noyaux que l'on y rencontre sont à demi noyés dans une substance granuleuse et grisâtre. Plus haut encore, au niveau du collet du bulbe pileux, la teinte rouge disparaît et est remplacée par une coloration jaune de plus en plus intense, indice d'une kératinisation de plus en plus complète, bien qu'on ne rencontre en aucun point du bulbe et de la racine rien qui ressemble à l'éléidine que nous avons signalée dans le *stratum granulosum* épidermique.

Ces différentes zones : rouge, gris rougeâtre, jaune, sont emboîtées les unes sur les autres et leurs plans de séparation sont parallèles à la surface de la papille sous-jacente. Aussi la cuticule est-elle la couche de la racine qui se kératinise la première.

3° *Gaînes du poil.* — Sur les coupes transversales colorées au picro-

carmin, le poil se montre comme un cercle jaune entouré d'une première zone incolore et anhiste, et d'une seconde zone beaucoup plus épaisse, fortement colorée en rouge et en contact immédiat avec les parois du follicule. Ces deux zones sont les gaînes interne et externe du poil.

La première nous occupera d'abord. Jouant le rôle le plus important dans la kératinisation et la poussée du poil et mérite toute notre attention. Son aspect sur les coupes transversales varie selon que la coupe porte loin ou près du bulbe. Dans le premier cas, la gaîne interne se présente comme une zone claire et amorphe ; dans le second, elle paraît formée de deux couches, une interne colorée, l'autre externe incolore ; ce sont les gaînes de Huxley et de Henle. Nous allons passer en revue les limites, les rapports, la structure de la gaîne interne et son rôle dans la kératinisation de la racine du poil.

Les coupes parallèles à l'axe du poil permettent d'apprécier nettement les limites de la gaîne interne : née sur les parois latérales du bulbe, elle augmente peu à peu d'épaisseur, puis enveloppe le poil et se termine nettement par un bord tranchant vers le lien supérieur du follicule, au niveau du point où vient s'ouvrir le canal excréteur des glandes sébacées. Cette terminaison si brusque est toutefois plus apparente que réelle ; car la gaîne interne, très amincie, se continue en réalité avec la couche cornée de l'épiderme qui tapisse le tiers supérieur du follicule et qui n'est lui-même qu'une dépendance de l'épiderme cutané.

La gaîne interne, outre les deux couches de Huxley et de Henle, possède une mince couche épidermique, épidermicule de la gaîne, dont les cellules présentent le même agencement que celles de l'épidermicule du poil, mais sont dirigées en sens inverse, de sorte que la surface du poil et la face interne de la gaîne qui le recouvrent s'engrènent comme le feraient deux roues d'engrenage à dents obliques et semblent absolument solidaires l'une de l'autre ; mais loin de s'opposer à la poussée du poil, la gaîne interne, ainsi que nous le verrons, pousse avec lui.

Si nous examinons maintenant diverses coupes transversales du poil faites à des niveaux différents, nous voyons qu'au niveau de la papille la gaîne interne est rouge dans toute son épaisseur ; plus haut, la couche de Huxley reste seule colorée, et la couche de Henle est incolore ; plus haut encore, les deux sont incolores. Quelles sont les raisons de ces différences ?

Si on examine, au moyen de la dissociation et après coloration par le picro-carmin, les cellules de la gaîne interne dans les régions colorables, on les trouve remplies de granulations qui fixent très énergi-

quement le carmin et qui sont tout à fait semblables à l'éléidine épidermique. Von Ebner est arrivé à une démonstration plus complète encore de ce point important en isolant et étalant, après coloration, un lambeau de la gaîne interne. En examinant de semblables préparations depuis la région où la gaîne émerge du bulbe jusqu'au point où elle est entièrement incolore, cet anatomiste a pu suivre pas à pas toutes les phases du processus de kératinisation dont elle est le théâtre.

Les cellules de la couche interne de la gaîne interne sont donc le siège d'une sécrétion active de substance kératogène et le point de départ du processus de kératinisation du poil; aussi sont-elles bien vivantes et envoient-elles en tous sens des prolongements qui s'insinuent entre les cellules de la couche de Henle; ainsi se trouvent expliquées les fentes et les lacunes qui existent entre ces dernières.

La gaîne externe, beaucoup plus épaisse que la gaîne interne, naît du fond du follicule, se renfle en fuseau au niveau de la partie moyenne et se continue avec le revêtement épidermique des téguments. Au niveau du col du follicule, la structure de la gaîne externe est identique avec celle de l'épiderme cutané; on y retrouve la couche cornée, le *stratum lucidum*, le *stratum granulosum*, dont les cellules sont le siège d'une sécrétion d'éléidine extrêmement active, et le corps muqueux de Malpighi. Au niveau du corps, au contraire, la structure est celle de l'épithélium de certaines muqueuses: la couche cornée, les *stratum lucidum* et *granulosum* font défaut, et la gaîne externe du poil se compose de couches épithéliales superposées qui appartiennent à trois types morphologiques principaux.

La première couche consiste en une rangée de cellules cylindriques implantées perpendiculairement ou obliquement à la paroi folliculaire. Dans ce dernier cas, la direction des axes cellulaires est toujours telle qu'elle semble faire obstacle à la poussée du poil. Conformément à l'opinion de Krause, et contrairement à celle de Henle, ces cellules sont pigmentées au voisinage de leur base d'implantation.

La seconde couche est formée d'un certain nombre de cellules légèrement dentelées et polyédriques par pression réciproque. La troisième se compose de cellules non dentelées et aplaties.

L'adhérence de la gaîne externe à la gaîne interne, faible dans les régions inférieures, est plus marquée dans ses régions moyennes et intime au niveau du col, point où la gaîne interne se termine en s'amincissant et en se soudant à la couche cornée de l'épiderme folliculaire. A ce niveau, la forme des cellules de la gaîne externe est profondément modifiée: elles s'allongent, deviennent fusiformes, semblent entraînées dans le sens de la poussée du poil et admettent entre elles des cellules lymphatiques.

4° *Follicule.* — Le follicule est une dépression digitiforme du derme, du fond duquel s'élève une papille qui déprime le fond du bulbe pileux et supporte le poil. On lui décrit trois couches : une externe, fibreuse, longitudinale ; une moyenne, fibreuse, annulaire ; une interne, ou membrane vitrée.

Les réactifs colorants dédoublent la couche interne ou vitrée en deux zones : l'une interne, qui reste incolore et que limite en dedans une ligne sinueuse dont les irrégularités sont déterminées par l'empreinte des cellules de la gaîne externe, l'autre externe homogène et colorée en rose. De la face externe de cette dernière zone partent des prolongements filiformes également teinte en rose.

Ces réactions et d'autres préparations dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer ici montrent qu'en réalité la couche vitrée se compose de deux membranes très minces intimement unies entre elles et de signification morphologique bien différente : l'une, la membrane interne, représente la cuticule des cellules épithéliales de la première rangée de la gaîne externe du poil ; l'autre est une membrane basale analogue à celle qui revêt la face antérieure de la cornée.

En dehors se trouve la couche fibreuse annulaire, remarquable par sa densité et sa résistance aux agents chimiques ; elle se compose de petits faisceaux conjonctifs enroulés autour de l'axe du follicule, qui, sur les coupes longitudinales, se montrent comme des cercles clairs entre lesquels on reconnaît les cellules conjonctives qui les recouvrent et les petits cercles plus vivement colorés qui sont la coupe optique des prolongements filiformes de la lamelle externe de la zone vitrée.

En dehors de cette couche se trouve enfin la zone fibreuse longitudinale, composée de faisceaux conjonctifs longitudinaux moins denses et entremêlés de fibres élastiques. C'est entre cette couche et la précédente qu'est compris le réseau vasculaire du follicule. Au fond du follicule on voit les fibres de la zone fibreuse longitudinale et un certain nombre de fibres de la zone circulaire s'infléchir, se croiser et s'épanouir en formant une saillie pédiculée, la papille qui renferme aussi un bouquet vasculaire destiné à la nutrition du poil.

Le muscle redresseur du poil s'insère par les tendons élastiques à la zone externe du follicule, suivant une ligne courbe qui embrasse une partie de la circonférence de ce dernier, se dirige de bas en haut vers les parties supérieures du derme, en faisant avec le follicule un angle aigu dans lequel est comprise la glande sébacée qui lui est annexée et se divise enfin en deux, trois ou quatre faisceaux qui se perdent dans le tissu conjonctif dermique. En vertu de cette disposition, le muscle, en se contractant, redresse le poil (*arrector pili*), comprime les culs-

de-sacs de la glande sébacée et en exprime les produits de sécrétion dans la cavité folliculaire.

5° *Développpement des poils à bulbe creux.* — Chez l'embryon, tous les poils sont à bulbe creux. Nous indiquerons brièvement les diverses phases de leur développement, que l'on peut étudier d'une manière complète sur le cuir chevelu ou le pavillon de l'oreille d'un embryon de 4 mois. Nous diviserons leur évolution en six stades.

Quelques mots d'abord sur la structure de la peau d'un embryon de cet âge. Elle se compose d'un derme muqueux parcouru par les capillaires dilatés, fusiformes volumineux, et recouvert d'un épithélium dans lequel on peut distinguer trois couches : une profonde, formée d'épithélium cylindrique; une moyenne, à épithélium polyédrique, et une superficielle, à épithélium aplati.

1° Le premier stade est caractérisé par l'apparition d'une tache opaque circulaire, blanchâtre, que les coupes normales à la surface de la peau montrent formée par un nid de petites cellules polyédriques accumulées entre les couches épithéliale profonde et moyenne du revêtement épidermique. Ce nodule épithélial déprime légèrement la première rangée des cellules épidermiques et le derme sous-jacent, où se trouve en ce point un amas de cellules embryonnaires, ou nodule conjonctif, rudiment du follicule futur.

2° Pendant le second stade, les cellules du nodule épithélial se multiplient, soit par division, soit suivant le mode de formation des cellules à pied (*Fusszellen*). A ce niveau, une partie de la première rangée des cellules épidermiques se sépare, est refoulée dans le derme et reste interposée entre le nodule épithélial, qui est au-dessus, et le nodule conjonctif, qui est au-dessous.

3° Le troisième stade est caractérisé par l'accroissement rapide du nodule épithélial et la formation, aux dépens du nodule conjonctif, d'une éminence papillaire qui déprime le fond du nodule épithélial et soulève, pour s'en revêtir, les cellules de la première rangée de l'épiderme séparées de leurs congénères. Les cellules du nodule conjonctif s'étalent en outre sur les parois du nodule épithélial de manière à lui former une mince paroi folliculaire encore embryonnaire.

4° Le quatrième stade diffère peu du précédent ; les cellules du nodule conjonctif forment une membrane folliculaire bien distincte ; la papille, entièrement développée, est coiffée par les cellules de la première rangée, au-dessus desquelles se trouvent les cellules du nodule épithélial.

5° Dans le cinquième stade, on assiste à la multiplication des cellules de la première rangée qui coiffent la papille et qui forment le poil proprement dit.

6° Dans le sixième stade, on voit apparaître les premiers vestiges de kératinisation du poil ; en même temps, sur le bourgeon épithélial, un renflement se produit, les cellules qui le composent se différencient et deviennent aptes à la sécrétion de la matière sébacée. C'est à la même époque que se montre, sur la paroi externe du follicule, le renflement d'insertion du muscle redresseur du poil, qui ne tarde pas à paraître à son tour. Ce muscle, ainsi que la glande sébacée dont il doit exprimer le contenu, existe toujours du côté de l'angle obtus formé par le follicule et la surface de la peau.

7° Le septième stade marque le terme de l'évolution du poil ; celui-ci est encore enfermé dans la cavité folliculaire, toujours obturée par les rangées superficielle et moyenne des cellules épidermiques. Comment sortira-t-il de sa prison ?

Nous avons vu quelle était, au niveau du col du follicule, l'adhérence des gaînes interne et externe ; le poil continue à croître et, ne pouvant vaincre cette adhérence, use la gaîne externe au niveau de sa pointe, mais ne s'en dégage que pour rencontrer un nouvel obstacle : l'opercule épidermique. Force lui est donc de s'enrouler dans la cavité du follicule jusqu'à ce que la pression continue qu'il exerce sur l'opercule et les frottements externes, aient fini par user et perforer celui-ci. On voit alors le poil, définitivement libre, se redresser et apparaître à l'extérieur.

Tel est, en résumé, le développement d'un poil. On voit que le poil proprement dit se développe aux dépens des cellules de la première rangée, séparées de leurs congénères par le bourgeon épithélial, et que ce dernier forme sa gaîne externe et sa glande sébacée. Le bourgeon conjonctif forme en même temps les parois folliculaires, la papille et le renflement d'insertion du muscle redresseur.

Un point reste encore obscur : la substance médullaire du poil, absente chez beaucoup d'animaux, ne se rencontre chez l'homme qu'après le dégagement du poil. La différenciation médullaire des cellules centrales du poil tient, sans doute, à leur tardive kératinisation.

### B. *Poils à bulbe plein.*

Les différences qui séparent les poils à bulbe creux et les poils à bulbe plein sont considérables : ces derniers sont généralement plus gros ; leur implantation dans le derme est moins profonde et moins oblique ; leur tige s'amincit régulièrement jusqu'au bulbe, et l'on voit en ce point cesser la moelle centrale et diminuer la pigmentation ; le bulbe, enfin, est plein et entouré, lorsqu'on l'examine sur un poil arraché, d'une gaîne blanchâtre : *ligament épithélial du bulbe.*

Ces différences sont telles que plusieurs anatomistes, entre autres Gotte, voulant faire du poil à bulbe plein une espèce spéciale ayant sa fonction et son évolution distinctes et indépendantes, l'ont nommé poil intercalaire.

Unna et von Ebner, au contraire, regardent le poil à bulbe plein comme dérivé du poil à bulbe creux ; mais si, pour le premier, le poil à bulbe plein continue à vivre et croître, le second le regarde comme ayant achevé son évolution et incapable d'accroissement.

Tel était l'état de la question, lorsque M. le professeur Ranvier entreprit les recherches dont nous allons exposer les principaux résultats.

Ces recherches ont montré que le poil à bulbe plein est un poil détaché de sa papille, qu'il ait achevé son évolution normale, que la papille se soit atrophiée (maladies chroniques : tuberculose, etc.), ou qu'elle soit le siège d'une congestion active amenant le ralentissement de la kératinisation (maladies aiguës : fièvre typhoïde, etc.). Aussi trouve-t-on, dans les follicules qui renferment un de ces poils, tantôt la papille absente, tantôt un bourgeon conjonctif, tantôt une papille surmontée d'un poil de nouvelle formation. Le poil ainsi détaché monte dans le follicule non, comme il le croyait, sous l'influence de l'élasticité de la membrane vitrée, mais poussé à petits coups par les contractions successives du muscle redresseur, qui redresse et raccourcit le follicule, et l'on conçoit facilement que la forme même du bulbe pileux s'oppose à ce que le poil retombe au fond du follicule dans l'intervalle de deux contractions musculaires.

Lorsque le bulbe est parvenu au niveau du renflement d'insertion du muscle redresseur, le poil s'arrête, car le raccourcissement du segment folliculaire inférieur à ce point est désormais sans action sur lui ; il se greffe alors sur la gaîne externe de la racine, au sein de laquelle il envoie des prolongements, et vit là, un peu à la manière d'un ongle, selon l'expression d'Unna, mais sans s'accroître d'une manière sensible (Ranvier).

### C. *Glandes sébacées et sudoripares.*

Nous avons vu que les glandes sébacées se développaient par un processus commun à toutes les glandes en grappe, aux dépens du renflement de la gaîne externe du poil, dont les cellules centrales subissaient la différenciation sébacée que la contraction du muscle *arrector pili* avait pour effet non seulement de redresser le follicule et de diminuer sa longueur, mais encore de comprimer les glandes et d'en exprimer le contenu dans la cavité folliculaire.

Dans une note récente à l'Académie des sciences, M. le professeur Ranvier résume ses recherches sur les glandes sudoripares, dont l'exposé avait déjà occupé plusieurs leçons de cours du collège de France. Voici les principaux résultats de ses investigations :

Les glandes sudoripares, on le sait déjà, se composent d'un tube sécréteur contourné en glomérule et d'un canal excréteur. Reynold a pu le premier distinguer nettement ces deux parties de la glande sudoripare, dont il a donné une bonne description.

Le tube sécréteur possède une seule rangée de cellules épithéliales. Ces cellules sont dépourvues de membrane d'enveloppe et de cuticule, fait qui permet de la différencier de celles du canal excréteur; mais dans certaines régions de la pulpe des doigts, par exemple, leur surface libre présente une bordure d'où s'échappe une matière colloïde. Leur protoplasma est granuleux et strié, comme celui de l'épithélium des canaux contournés du rein; il renferme aussi des granulations graisseuses irrégulières et fines dont la nature est démontrée par leur solubilité dans l'alcool absolu et leur coloration sous l'influence de l'acide osmique.

Ces cellules sont séparées par des espaces intercellulaires d'une grande étroitesse communiquant avec le canal central de l'acinus, de sorte qu'à ce point de vue le glomérule sudoripare rentre dans la conception générale de l'acinus glandulaire qui prévaut aujourd'hui et peut être rapproché de l'acinus pancréatique, du lobule du foie et probablement du labyrinthe rénal.

Immédiatement au-dessous de ce revêtement épithélial se trouve une couche musculaire formée de cellules plates non contiguës, mais bien distinctes les unes des autres, fortement unies par un système de crêtes d'empreintes à la membrane propre sous-jacente, avec laquelle elles sont ainsi étroitement solidarisées. A cette membrane viennent aussi s'insérer des expansions des cellules épithéliales du glomérule qui s'y rendent par les intervalles que laissent entre elles les cellules musculaires.

La structure du canal excréteur est toute autre : les cellules de revêtement y forment trois ou quatre rangées superposées, et les plus superficielles sont munies d'un cuticule qui revêt leur face libre et qui les distingue des cellules sécrétantes (Reynold).

La glande sudoripare naît d'un bourgeon épithélial émané du corps muqueux (Kolliker), et les cellules externes s'y transforment, par une simple différenciation, en cellules musculaires; cas bien remarquable d'éléments musculaires provenant du feuillet externe (Ranvier).

On voit alors apparaître, dans toute la portion du bourgeon qui sera plus tard le canal excréteur, une cuticule qui sépare nettement les cel-

lules centrales destinées à disparaître, des cellules marginales qui formeront l'épithélium de revêtement, et l'on constate en même temps la présence de l'éléidine dans les cellules pariétales sous-cuticulaires. Cette éléidine détermine la kératinisation des cellules centrales qui tombent, à l'instar des cellules superficielles de l'épiderme, les granulations graisseuses reconnues par Ranvier, dans le protoplasma, des cellules sécrétantes sont destinées à fournir l'enduit gras de l'épiderme dans les régions où les glandes sébacées font défaut, à la paume de la main et à la plante des pieds, par exemple.

En même temps que le travail important de M. Ranvier, nous devons signaler, au sujet des glandes sudoripares, une note intéressante de M. Herrmann, dont la publication remonte à la même époque. Cet histologiste s'attache surtout à l'étude des glandes de certains animaux et des grosses glandes dites sudoripares du creux maxillaire, qu'il cherche à différencier des véritables glandes sudoripares. Il recommande, avec raison, pour élucider complètement cette question, l'expérimentation physiologique et l'emploi des sudorifiques, de la pilocarpine, par exemple.

## D. *Tissu conjonctif.* — *Vaisseaux et nerfs.*

### 1° TISSU CONJONCTIF. — CIRCULATION LYMPHATIQUE. — VAISSEAUX.

La structure du derme nous arrêtera moins longtemps que celle de l'épiderme et de ses annexes ; car cette partie de l'anatomie de la peau est généralement mieux connue, et les recherches toutes récentes que nous avons surtout pour but d'analyser dans cet article n'ont que peu ajouté aux notions que l'on possédait déjà sur ce sujet.

Le derme est une membrane fibreuse formée de fibres conjonctives entre-croisées et disposées par plans. Entre ces fibres circule la lymphe, dont les premiers réservoirs bien spécialisés sont des lacunes ou fentes lymphatiques, bien étudiées par M. le professeur Renaut.

Les fentes lymphatiques sont simplement constituées par l'écartement des faisceaux conjonctifs. Elles se montrent sur les coupes comme des espaces étoilés plus larges que les veinules et surtout que les capillaires, dépourvues de parois propres et entourées d'un fin réseau de fibres élastiques. Sur leurs bords font saillie des noyaux vivement colorés par le carmin qui appartiennent à leur revêtement endothélial.

Cet endothélium est continu, et la forme des cellules qui le composent est caractéristique ; mais cette dernière ne peut être constatée sur une coupe simplement colorée au carmin ou à la purpurine. Nous devons à M. Malassez un procédé rapide et sûr qui permet de le faire et

qui est d'une grande utilité pour établir la véritable nature des fentes lymphatiques dans certaines tumeurs du derme, dans les dermites éléphantiasiques, par exemple, et pour les distinguer des veinules dilatées.

Ce procédé consiste à piquer la tumeur avec l'aiguille d'une seringue de Pravaz, munie d'un robinet à trois voies, et à injecter à plusieurs reprises et successivement dans son tissu : d'abord de l'eau distillée pour chasser la lymphe que renferment les vaisseaux, ensuite une solution d'azotate d'argent à 1 pour 300, pour imprégner l'endothélium, enfin, de l'alcool à 90° pour fixer l'imprégnation. Des fragments de la pièce ainsi injectée sont durcis dans l'alcool et soumis à des coupes un peu épaisses que l'on déshydrate et que l'on monte dans le baume du Canada. Ces préparations montrent à un faible grossissement les fentes lymphatiques dilatées par l'injection et revêtues d'un endothélium continu dont les bords sinueux, découpés en jeux de patience, ont une configuration caractéristique et présentent surtout un aspect remarquable, lorsqu'on les examine avec le microscope binoculaire, grâce à l'illusion du relief que produit cet instrument.

Les fentes lymphatiques donnent naissance à des troncules munis de valvules sur les limites du derme et du tissu cellulo-adipeux sous-cutané. Ces troncules, dont la structure n'a rien de particulier à la peau, cheminent entre les pelotons adipeux les plus fins entre les cellules adipeuses, et se rendent aux ganglions de la région.

Nous ne dirons rien des vaisseaux sanguins de la peau ; ils sont bien connus. Nous rappellerons seulement que d'un premier réseau profond, situé dans les couches profondes du derme, naissent les troncules artériels et veineux des glandes sudoripares et des branches qui s'élèvent verticalement et s'anastomosent dans les régions superficielles pour former le réseau superficiel ou sous-papillaire. De ce dernier partent les bouquets vasculaires des papilles, composés d'une artériole afférente, d'une veinule afférente qui sont parallèles, et d'un réseau capillaire caractéristique qui n'est séparé de la première rangée des cellules épidermiques que par une mince cuticule : cuticule limitante du derme.

### 2° NERFS DE LA PEAU. — TERMINAISONS NERVEUSES.

Nous avons étudié, dans le paragraphe consacré à l'épiderme, les terminaisons nerveuses interépithéliales de la peau ; il nous reste à décrire en peu de mots les terminaisons nerveuses intra papillaires. Nous laisserons de côté les corpuscules de Krause, qui appartiennent à certaines muqueuses, et nous nous bornerons à décrire les corpuscules de Meissner et ceux de Pacini.

Les seules terminaisons nerveuses que l'on rencontre dans le derme

sont les corpuscules de Meissner. Nous ferons toutefois précéder leur étude de celle d'un organe décrit récemment dans la peau de certains animaux sous le nom de cellules géminées, parce qu'il peut être regardé comme le rudiment des corpuscules de Meissner et que, une fois connu, il nous mènera à une connaissance plus exacte de ce dernier.

Les corpuscules géminés, décrits par Leydig, Grandry, Goujon, et récemment par Merckel, M. Ranvier et Renaut, se rencontrent, entre autres sièges, sous le repli dermique qui revêt le bec du canard. Ils sont le plus souvent sous-épidermiques.

Un tube nerveux à myéline entouré d'une mince gaine lamelleuse et de faisceaux conjonctifs longitudinaux se branche plusieurs fois en Y, et au fur et à mesure qu'il se divise, les segments interannulaires qui le composent deviennent de plus en plus courts. Parvenu jusqu'au corpuscule du tact, il se termine au niveau d'un étranglement et l'aborde soit directement, soit en le contournant, pendant que la gaine lamelleuse se continue avec la membrane capsulaire du corpuscule.

Le corpuscule le plus simple se compose de deux cellules volumineuses, hémisphériques, transparentes, parsemées de quelques granulations que l'acide osmique colore en brun, pourvues d'un noyau volumineux et nucléole, enveloppées d'une capsule commune que nous avons vu se continuer avec la gaine lamelleuse du nerf afférent. Ces cellules se répondent par une face légèrement concave, et l'espace intercellulaire compris entre les faces planes et légèrement excavées des deux cellules voisines renferme la terminaison élargie du cylindre axe afférent : le disque tactile de M. Ranvier.

En résumé, cet organe se compose de deux cellules volumineuses très voisines de la surface de la peau, aptes par conséquent à subir le contre-coup de tous les ébranlements extérieurs, et serrant entre elles à la façon d'une pince, selon l'expression de M. Renaut, le disque tactile, extrémité élargie du cylindre axe du nerf qui lui est annexé. De plus, dans un but de nutrition, sans doute, ce disque est contenu dans une séreuse en miniature ; car, selon M. Renaut, la cavité intercellulaire qui le reçoit est revêtue de cellules très probablement endothéliales, bien qu'elles n'aient pu encore être imprégnées.

La description que nous venons de faire du corpuscule tactil segmentaire nous fera mieux saisir la structure plus complexe des corpuscules de Meissner, particulièrement abondants dans toutes les régions de la peau où le sens du tact possède quelque développement : dans la pulpe des doigts, par exemple.

Les corpuscules de Meissner sont unisegmentaires ou plurisegmentaires, c'est-à-dire constitués par une seule capsule fibreuse desservie par une branche nerveuse unique ou par plusieurs capsules juxtaposées

dans le sens longitudinal ayant chacune sa branche nerveuse. Tous sont ovoïdes, à grand axe perpendiculaire à la surface de la peau ; ils sont contenus dans le mésoderme, et leur pôle superficiel est très voisin de la limitante du derme, et par conséquent du stratum épithélial épidermique.

Un segment de Meissner se compose essentiellement d'une enveloppe conjonctive limitant une cavité que subdivisent, dans le sens transversal, des cloisons émanées de l'enveloppe, de manière à former autant de logettes empilées les unes au-dessus des autres, ainsi que le dit Renaut, à la façon des lames concaténées d'un gâteau feuilleté. Ces cloisons, en effet, très minces et très denses, ne sont pas rigoureusement parallèles, mais se croisent sous des angles très aigus.

Les logettes ainsi délimitées renferment chacune une cellule qui ne la remplit pas entièrement (*langehans*) et entre deux loges se trouve un disque tactile contenu dans une cavité biconvexe limitée supérieurement par le plancher conjonctif de loge supérieure, et inférieurement par le plafond également conjonctif de la loge qui est au-dessous. Le segment de Meissner est abordé par un tube nerveux dont les segments sont d'autant plus courts qu'il se rapproche du corpuscule, et qui est entouré d'une gaine fibreuse qui se confond avec l'enveloppe de celui-ci. Le tube nerveux s'applique contre le corpuscule, décrit à sa surface un certain nombre de tours de spire ; puis la myéline cesse au niveau d'un étranglement, et le cylindre axe se termine par une arborisation terminale dont les rameaux vont se perdre dans les disques tactiles que nous avons mentionnés.

Les corpuscules de Pacini, étudiés d'abord par Vater en 1741, puis par Pacini, Leydig, Henle, Kolriker, Krause, Grandry, Eugelmann, Rauber, etc., se rencontrent sur tout le parcours des nerfs du plexus sympathique (Kolliker), dans les papilles dermiques de certains animaux, et chez l'homme, dans les parties profondes du derme et dans le tissu cellulaire sous-cutané des régions tactiles. Ces corpuscules se composent de lamelles d'autant plus serrées qu'elles sont plus profondes, limitant une cavité ellipsoïdale remplie par une matière granuleuse ; ils se présentent sous l'aspect d'une masse ovoïde dont l'un des pôles reçoit un troncule nerveux. Nous étudierons successivement l'enveloppe du corpuscule, sa cavité centrale et son nerf.

La capsule corpusculaire représente une gaine lamelleuse énormément hypertrophiée, et sa structure est identique avec celle de cette dernière : nous y retrouvons les mêmes lames conjonctives, concentriques, anastomosées et revêtues, sur leurs deux faces, d'un revêtement endothélial continu (Renaut).

Le tube nerveux, au moment où il aborde le corpuscule par un de

ses pôles, se compose de segments interannulaires courts et est revêtu d'une gaine lamelleuse épaisse qui se continue avec la capsule du corpuscule et d'une gaine de Henle qui traverse la capsule et se continue avec la lamelle la plus interne de celle-ci, en même temps que la myéline disparaît. Réduit à son cylindre axe nettement strié en long, le nerf parcourt le grand axe du corpuscule et se termine au voisinage du pôle opposé par une extrémité renflée ou après s'être branché en Y par deux extrémités (Grandry, Renaut).

Le cylindre axe se termine donc librement au sein du liquide granuleux qui remplit la cavité corpusculaire; liquide qui présente toutes les réactions microchimiques de la lymphe et est contenu dans une cavité lymphatique, prolongement et expansion de la gaine lymphatique du nerf lui-même. Malgré des différences morphologiques plus apparentes que réelles, le cylindre axe se terminerait donc dans le corpuscule de Pacini, comme dans le corpuscule géminé et le segment de Meissner, au sein d'une cavité séreuse, et serait, dans ces trois formes de terminaisons nerveuses, baigné par de la lymphe, mais comprimé et aplati en disque par elles, entre deux cellules spéciales; dans ces deux dernières variétés d'organes terminaux, il est libre et pour ainsi dire flottant dans la première.

Ainsi constitué, le corpuscule de Parini semble peu apte à recevoir les excitations sensorielles délicates; peut-être même n'est-il pas un organe tactile et peut-on le regarder, comme nous l'avons entendu dire à M. Pouchet, comme un nerf arrêté dans son évolution. L'absence de cellules spéciales serrant la terminaison nerveuse comme les mors d'une pince et par conséquent très propres à lui transmettre les impressions extérieures, leur situation dans les parties profondes du derme ou sous le derme lui-même, leur existence dans des tissus, tels que le mésentère du chat, qui ne sont le siège d'aucune sensibilité tactile, semblent venir à l'appui de cette manière de voir que M. Renaut, au cours de son remarquable article sur l'anatomie générale du système nerveux, ne semble pas loin de partager.

(*A suivre.*)

# REVUE FRANÇAISE.

## DERMATOLOGIE.

**Sur les taches bleues ; leur production artificielle et leur valeur séméiologique, par Duguet, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.**

Avant de reproduire le très intéressant travail publié par M. Duguet dans la *Gazette des hôpitaux,* numéro du 20 avril 1880, nous croyons devoir préciser l'historique de la question.

Il semble bien établi que la première notion du rapport à intervenir entre les *poux du pubis* et les taches ombrées ait été concue par les élèves qui suivaient en 1868, à l'école navale de médecine de Toulon, les leçons du Dr Falot. Une petite obscurité règne cependant sur ce point, car les « *élèves* » dont je viens de parler ne sont pas d'accord entre eux à cet égard. L'un d'eux, M. le Dr Guiol (*Ann. de Dermatologie*, t. IX, 1878, p. 325) rapporte au professeur Falot la *découverte* de la nature pédiculaire des macules cyaniques, tandis que d'autres, M. le Dr Moursou et M. le Dr Jacquemin (*Id.* p. 326), déclarent que le professeur ne fit que recueillir l'observation faite par ses élèves, au nombre desquels MM. Guiol, Moursou, Jacquemin, etc., et qu'il n'a eu que « l'intuition de sa constance, alors qu'il était impossible de la prévoir sur une première série de deux ou trois cas trouvés par ses élèves ». On avouera que cette intuition n'a pas été sans quelque mérite, et nous croyons que chacun tombera d'accord que la première notion du rapport à intervenir entre les taches bleues et les poux du pubis doit être rapportée au professeur et à ses élèves ; en effet, si ceux-ci n'avaient pas fait la remarque, il est possible que le professeur ne l'ait pas réalisée, mais il est probable que si le professeur n'avait pas eu « l'intuition » du rapport, et n'avait pas appuyé de son autorité la remarque des élèves, ceux-ci auraient plus ou moins vite oublié leur « découverte ».

Nous croyons donc que ceux qui voudront, en écrivant sur ce sujet, rendre justice à tous diront : La relation qui existe entre les taches bleues et les poux du pubis, tout à fait inconnue avant l'année 1868, a été signalée pour la première fois, en cette année, à l'école de médecine navale de Toulon par les élèves du professeur Falot, et jugée immédiatement par lui comme réelle, et généralisée. Aucune publicité ne fut donnée à cette découverte.

Au mois d'avril 1878, M. le professeur Gestin, de l'Ecole de Brest, adressa à la Société médicale des hôpitaux une lettre dans laquelle il établissait sur des observations personnelles, la relation qui existait entre les taches ombrées et les poux du pubis (*Bulletins et Mémoires* de la Société méd. des hôp. de

Paris. 2e série, t. XV, année 1878, p. 75. Séance du 12 avril. Lettre lue en séance publique).

Cette même année 1878, M. le Dr J. Moursou, inséra, dans les *Annales de Dermatologie* (t. IX, p. 198, fascicule 3, publié le 11 mai), un mémoire très étendu, résultat d'observations continuées pendant neuf années et contenant toutes les données nécessaires pour fixer définitivement l'attention des médecins sur cette étiologie imprévue des macules cyaniques, et mettre hors de doute leur nature phthiriaque. Ce travail remarquable fut pourtant peu remarqué, et aucune agitation ne s'était faite sur les questions qu'il soulevait, quand notre savant collègue et ami, M. Duguet, à qui l'importanee du travail de M. Moursou n'avait pas échappé, livra à la publicité ses propres recherches et fournit la démonstration expérimentale qui manquait encore, en produisant les taches bleues, à volonté, par l'inoculation du venin du poux pubien, ou pour parler plus exactement du magma obtenu en écrasant plusieurs poux.

Nous n'examinerons pas aujourd'hui, pour notre eompte, ces faits et les rapports qu'ils peuvent avoir avee la question des lésions eutanées pédieulaires en général; nous ne ferons pas remarquer combien sont rares les taches bleues ehez les *sujets sains*, alors même qu'on constate chez eux des poux du pubis; nous avons voulu seulement donner la série historique, précise et exacte de eette petite question qui menaçait d'être obseure dès sa naissance, et nous n'avons rien de mieux à faire à présent que de laisser la parole au sagace médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

ERNEST BESNIER.

## MÉMOIRE DE DUGUET

L'utilité des recherches fait surmonter
au médecin bien des répugnances.

Les taches *bleues*, *taches ombrées* ou *ardoisées*, dont je n'ai pas besoin de rappeler les caractères eliniques, ont été, depuis les premières descriptions de Piédagnel, de Forget (1) et surtout de Davasse (2), l'objet d'un eertain nombre de travaux et de recherches qui ne sont point sans importanee. Si l'on est toujours resté jusqu'iei dans l'incertitude absolue touchant le mécanisme de leur production, on n'en a pas moins ehercbé à fixer leur signification au point de vue du diagnostic et leur valeur au point de vue du pronostic.

Monneret affirme (3) qu'elles se montrent de bonne heure, dans les fièvres synoques, ordinairement dans les formes gastriques intenses et bilieuses, en l'absenee de tout symptôme typhoïde. L'opinion générale des médeeins, à l'époque où il écrivait son livre, était, à peu de ehose près, celle qu'il formule d'une façon si précise.

(1) Forget. *Traité de l'entérite folliculeuse*, p. 226. Paris, 1841.
(2) Davasse. *Des fièvres éphémère et synoque*. Thèses de Paris, 1847.
(3) Monneret. *Traité élémentaire de pathologie interne*, t. III, p. 252-553. Paris, 1866.

Béhier, de nos jours (1), non moins affirmatif, considère que les taches bleues appartiennent en propre à la fièvre typhoïde ; il les place, vu leur importance, immédiatement après les taches rosées lenticulaires qui ont l'avantage sur elles d'être un peu plus constantes. Pour cet auteur, les taches bleues ou ardoisées se rattachent incontestablement à l'évolution de la lésion intestinale de la fièvre typhoïde.

Les médecins sont ainsi restés pendant longtemps indécis entre l'opinion exclusive qui faisait des taches ombrées, l'éruption propre, l'éruption caractéristique de la fièvre synoque, et celle tout aussi absolue, mais pourtant moins généralement répandue et acceptée, qui les rattachait à la fièvre typhoïde.

Cependant il arrivait que, de temps en temps, les taches bleues étaient rencontrées en dehors de la fièvre synoque et de la fièvre typhoïde. C'est ainsi que nous voyons, en 1866, M. le professeur Jaccoud les signaler très nettement dans le cours d'une fièvre intermittente tierce (2).

Toujours est-il que l'apparition des taches bleues était presque unanimement regardée comme étant l'indice d'une affection de *peu de gravité.*

Trousseau les considère comme se rattachant à la forme bénigne de la fièvre typhoïde (3). Murchison les dessine et leur reconnaît la même signification (4). Griesinger les a trouvées dans les cas légers comme dans les cas graves (5). Béhier, ayant vu succomber un malade qui les présentait très nettement développées, est moins affirmatif en ce qui concerne la bénignité de leur pronostic. J'ai vu moi-même mourir, avec les accidents ataxo-adynamiques les plus intenses, un malade atteint de fièvre typhoïde qui était littéralement couvert de taches bleues.

L'article de Racle (6), tout en faisant voir les incertitudes nombreuses qui pèsent sur cette question, résume assez bien leur histoire encore pleine d'obscurités.

On en était là quand parut, dans les *Annales de dermatologie,* le mémoire de M. J. Moursou, chirurgien de marine, intitulé : *Nouvelles recherches sur les taches ombrées* (7). Dans ce mémoire très intéres-

(1) Béhier et Hardy. *Traité élémentaire de pathologie interne,* t. IV, p. 72 et 121. Paris, 1880.

(2) Jaccoud. *Leçons de clinique médicale faites à la Charité*, p. 536 et 538.

(3) Trousseau. *Clinique médicale*, t. I, p. 235. Paris, 1865.

(4) Ch. Murchison. *La fièvre typhoïde.* Traduit par Lutaud. Annoté par H. Guéneau de Mussy, p. 118. Paris, 1878.

(5) Griesinger. *Traité des maladies infectieuses.* Traduit par Lemattre (2e édition). Annoté par Vallin, p. 357. Paris, 1877.

(6) Racle. *Traité de diagnostic médical,* 6e édit., p. 536. Paris, 1878.

(7) J. Moursou, in *Annales de dermatologie et de syphiligraphie,* t. IX, n° 3, p. 198. Paris, 1877-1878.

sant, M. Moursou nous fait connaître comment, après neuf années d'observations et d'études, sur plus de 250 cas de taches ombrées, il en est arrivé à conclure que, chaque fois qu'il a constaté des taches ombrées, il a toujours en même temps, sur les mêmes sujets, trouvé des poux du pubis, et cela sous toutes les latitudes, non seulement chez les malades atteints de fièvre typhoïde, mais encore chez des malades présentant les affections les plus diverses, telles que : synoques, fièvres bilieuses, embarras gastriques, fièvres jaunes, pleurésies, pneumonies, diarrhées, dysenteries de Cochinchine; dans des cas de blessures et de maladies vénériennes, ou même chez des hommes bien portants. M. Moursou ajoute qu'inversement il a vu dans *la plupart des cas*, mais non *dans tous*, à un moment donné, en les observant pendant une vingtaine de jours, des taches dites ombrées apparaître chez les sujets atteints de poux du pubis. Il y aurait donc des sujets réfractaires à l'action de l'animal.

M. Moursou va plus loin. Bien persuadé qu'il existe une relation complète, absolue, entre les poux du pubis et la présence des taches bleues, il montre comment la distribution de ces taches sur les différentes parties du corps n'a pas lieu au hasard; il fait voir qu'elle répond à merveille aux chemins parcourus habituellement par les poux du pubis; ces chemins sont commandés par la direction générale des poils répandus à la surface du corps, et qui tourbillonnent spécialement autour de deux foyers principaux, l'aine et l'aisselle; il a même donné les dessins très exacts de ces lieux d'élection, à la partie antéro-latérale du ventre, sur les flancs, sur une ligne qui s'étend du pli de l'aine au creux de l'aisselle, autour de l'aisselle, au pli du coude, à la base de la poitrine, autour de l'ombilic, aux fosses iliaques, en haut et en dedans des cuisses, aux fesses, à la région dorso-lombaire, au creux poplité, etc.; en général sur les points où la peau est plus fine (plis des articulations, face interne des membres).

Ainsi donc M. Moursou a démontré de la façon la plus nette une coïncidence constante : toutes les fois qu'il a rencontré des taches bleues, dans n'importe quelle circonstance, il a constaté chaque fois, en même temps, sur les mêmes sujets, des poux du pubis ou leurs œufs.

Cette conclusion du mémoire de M. Moursou fut accueillie en maints endroits par des sourires, et je ne répondrais point qu'elle n'en éveillât pas encore.

Quant à moi, je partage absolument ses idées, et je crois pouvoir apporter à leur appui une preuve nouvelle à laquelle, j'en suis surpris, M. Moursou ne paraît pas avoir songé.

Déjà, pendant mon internat à l'hôpital du Midi, à Saint-Louis, à

Saint-Antoine, dans les années 1862, 1863 et 1864, j'avais été frappé plusieurs fois de la présence de taches bleues sur des sujets qui étaient atteints des maladies les plus diverses, mais surtout de gale, de syphilis, de chancres mous ou de blennorrhagies. De 1867 à 1875, je fus, pendant sept ans, médecin d'une société de jeunes gens, employés de commerce, dont les maladies étaient le plus habituellement le résultat de rencontres... malheureuses; leurs affections les plus communes étaient donc la gale, les chancres mous et indurés, les syphilides, mais surtout la blennorrhagie. J'en voyais jusqu'à six et sept mille par an. Beaucoup me paraissaient incidemment couverts de poux du pubis (phthirius inguinalis).

Je fus frappé de rencontrer en même temps et bien souvent chez ces jeunes gens des taches bleues sur l'abdomen; j'en étais même arrivé à croire, et à formuler dans ma pensée, que les taches ombrées étaient surtout l'apanage des malades atteints d'affections vénériennes et en particulier de blennorrhagie, tant je les trouvais fréquemment chez les jeunes gens qui souffraient de cette maladie.

Quand parut le mémoire de M. Moursou, je ne doutai pas un seul instant, et j'adoptai ses conclusions avec une conviction parfaite. Restait pourtant à observer de nouveaux faits et à renouveler ses recherches. Les occasions ne se firent pas longtemps attendre.

L'an dernier, dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, je pus observer, dans les huit derniers mois de l'année, onze à douze malades chez lesquels la coïncidence des taches bleues et des poux du pubis fut facile à constater.

Depuis le commencement de cette année, j'en ai observé déjà quatorze nouveaux cas dont j'ai pris note avec soin.

Ces malades se décomposent ainsi : cinq cas de fièvre typhoïde, trois syphilitiques, un galeux, un rhumatisant avec lésion mitrale, un malade atteint d'angine phlegmoneuse, un autre de grippe, un autre de blennorrhagie, et enfin un dernier de fièvre éphémère; en tout treize hommes et une femme.

Le douzième faillit me causer une déception. Je n'avais pas encore trouvé jusqu'à ce jour une seule exception à la loi de coïncidence. Or ce malade, atteint de grippe, présentait quelques taches bleues sur le haut des cuisses et au-dessus du pubis, mais point de poux du pubis et point d'œufs. Tous les matins, pendant trois jours, je cherchai avec soin, et je ne trouvai rien. A ma quatrième visite, le malade, me voyant intrigué de ne pas trouver ce que je cherchais et voulais trouver, se mit à rire en me disant : « Vous n'en trouverez plus, Monsieur; je les ai fait partir avant d'entrer à l'hôpital, à l'aide de bains, de frictions et d'onguent gris; mais j'en avais, je le savais bien. » Ce n'était donc qu'une excep-

tion apparente. Les taches bleues n'ont pas tardé d'ailleurs chez ce malade à s'effacer complètement pour ne plus reparaître.

Mon treizième malade, qui avait puisé à la même source une blennorrhagie suivie de rhumatisme blennorrhagique des deux genoux, six chancres indurés et des poux du pubis, présentait de belles taches bleues autour du pubis, sur le ventre et près de l'aisselle droite.

Frappé de cette coïncidence constante, j'eus la pensée que le phthirius devait introduire dans le derme quelque chose de comparable à un venin, et que, si je parvenais à introduire moi-même ce venin, je produirais les taches bleues à volonté, à moins de tomber sur des sujets réfractaires.

L'idée me vint, idée bizarre, j'en conviens, de tenter l'inoculation ou mieux l'insertion de cette substance, de ce venin, sous l'épiderme, à la manière du vaccin; mais comment me procurer ce venin?

Ayant recueilli vingt-cinq poux du pubis, je les broyai, je les pilai, j'en fis une pâtée que j'étendis de deux gouttes d'eau pour la rendre moins sèche, et j'en chargeai à sept reprises différentes une lancette à vaccin avec laquelle je fis successivement sept piqûres, six placées sur une ligne horizontale et une septième au-dessus, toutes distantes les unes des autres de 3 à 4 centimètres. J'avais choisi la région thoracique antérieure de mon treizième malade, immédiatement au-dessus de la région épigastrique. Le soir, mon interne, M. Faisans, ne vit rien en dehors des piqûres faites le matin même. Mais le lendemain, à ma visite, les élèves du service constataient avec moi *sept taches bleues* magnifiques, circulaires, larges de un centimètre et demi environ, légèrement déprimées, ne s'effaçant point par la pression du doigt, ayant à leur centre un petit point noirâtre surmontant une légère papule et résultant de mes piqûres de la veille, en un mot sept taches bleues offrant absolument tous les caractères classiques. La différence du point central tenait sans doute à la grossièreté de l'instrument dont je m'étais servi comparé à celui plus fin, plus délié dont se sert l'animal pour introduire son venin par une piqûre qui reste pour nous invisible.

Je les fis voir le lendemain et le surlendemain à mes collègues et amis Rigal et Beaumetz; les jours suivants, elles pâlirent, puis, s'éteignant peu à peu, finirent par disparaître au bout de dix jours sans passer par les nuances successives de l'ecchymose.

Le lendemain du jour où j'avais pratiqué mes sept insertions, je fis la contre-épreuve, sur le même malade avec une lancette bien nettoyée, sèche: je piquai la peau du thorax, sur une ligne horizontale un peu plus élevée, en six points différents. Je n'introduisis rien dans les piqûres, mais aussi je n'obtins rien qu'une petite papule surmontée d'un point noirâtre résultant de la blessure faite par la lancette; je n'obtins

rien, ni au bout de vingt-quatre heures, ni les jours suivants.

J'avais donc introduit par mes sept piqûres quelque chose de spécial qui avait amené en vingt-quatre heures l'apparition des taches bleues.

Le surlendemain, un de mes externes, M. Buret, reproduisit sur lui-même ma première expérience, à l'aide d'une pâte résultant du broiement de deux poux du pubis, sans addition d'une goutte d'eau. Il se fit dans la soirée une piqûre au bras et au poignet, et le jour suivant, au matin, douze heures après, par conséquent, il nous montrait deux belles taches bleues exactement semblables à celles que j'avais obtenues.

Deux jours après M. Buret recommença, en opérant avec la même pâte et de la même manière sur lui-même et sur un de ses collègues. Au bout de six heures, la tache bleue était manifeste au pourtour des piqûres chez M. Buret; l'autre externe n'eut rien, ni au bout de six heures, ni plus tard; c'était un réfractaire. Quoi d'étonnant ? Nous voyons des personnes avoir des poux de pubis sans présenter jamais de taches bleues; elles sont, à n'en pas douter, réfractaires à la piqûre de l'animal comme aussi vraisemblablement à l'insertion artificielle de son venin.

D'ailleurs, quelques jours auparavant, nous avions pour ainsi dire saisi le pou du pubis sur le fait, en flagrant délit d'insertion. En effet, mon treizième malade, si infortuné dans la même rencontre, présentait, le lendemain de son entrée à l'hôpital, immédiatement au-dessus de l'ombilic, une belle tache bleue arrondie, large de 1 centimètre et demi, au centre de laquelle était cramponné un magnifique phthirius inguinalis ; immédiatement au-dessous de l'ombilic le même malade présentait encore une autre tache bleue, plus grande qu'une pièce de 2 francs, ayant environ 3 centimètres de diamètre, un peu irrégulièrement arrondie, composée sans doute de trois à quatre taches bleues primitives, mais fondues par leurs bords réunis, et sur le milieu de laquelle se trouvaient installés, à quelque distance les uns des autres, quatre poux du pubis également très adhérents à la peau du malade. Tout porte à croire que ces animaux étaient semblablement restés au centre des taches ombrées qu'ils venaient de produire.

Par un hasard heureux, quelques jours après, je pus avoir, pour ainsi dire, la preuve inverse. Un matin, je constatai sur la face externe de la cuisse droite de mon quatorzième malade, atteint de fièvre éphémère avec taches bleues péri-pubiennes très abondantes et accompagnement de nombreux poux du pubis, je constatai la présence d'un phthirius inguinalis qui me parut arrêté dans sa promenade et fixé à la peau.

Je le laissai précieusement en place, l'entourant d'un cercle de nitrate d'argent grand comme une pièce de cinq francs en argent. Le lendemain, l'animal avait disparu, mais nous trouvions au centre du cercle de nitrate d'argent deux taches bleues côte à côte, larges de 5 à 6 mil-

limètres, qui n'existaient point sûrement la veille et qui mirent sept à huit jours pour s'effacer complètement.

Cette expérience était d'ailleurs la répétition de celle qu'avait faite déjà M. Coquiard, médecin de la marine, expérience qui se trouve rapportée dans le travail de M. Moursou. M. Coquiard, trouvant un jour un pou de pubis sur le ventre d'un malade, entoura ce pou d'un cercle de nitrate d'argent, et, vingt-quatre heures après, le pou avait disparu, laissant comme trace de son passage une tache ombrée très nette (1).

De ces différentes recherches et expériences il résulte donc que l'on peut produire des taches bleues ou ardoisées, artificiellement et pour ainsi dire à volonté, en tenant compte des réfractaires bien entendu; que ces taches sont en tous points semblables par leurs différents caractères aux taches bleues observées jusqu'à ce jour en clinique; que six heures suffisent pour les voir paraître, et qu'elles durent en moyenne de huit à dix jours.

De quelle nature sont-elles? Ici le champ reste libre pour toutes les hypothèses. On en a plusieurs fois examiné au microscope, et jusqu'ici le résultat fourni par ces études parait être un résultat parfaitement négatif, Rien de particulier, ni dans l'épiderme, ni dans le derme, n'a été trouvé, ou du moins signalé. Autrefois, ayant constaté la disparition de taches bleues après la mort, j'eus la précaution de circonscrire très exactement, à l'aide du nitrate d'argent, quelques taches ombrées chez un malade qui en présentait beaucoup et qui allait mourir. Je fis, après la mort, des coupes de ces parties dans lesquelles le microscope ne fit rien constater de particulier. Peut-être d'autres seront plus habiles ou plus heureux : c'est là un point que je ne saurais trancher définitivement. Mais il se pourrait bien qu'on ne trouvât aucune modification persistante du derme, pas plus qu'on n'en trouve, je pense, chez le caméléon qui, dit-on, change de couleur à volonté et traduit de la sorte ses sentiments, pas plus qu'il n'en existe chez l'homme dans les cas d'asphyxie locale des extrémités. Le phthirius ne pourra-t-il pas produire quelque trouble circulatoire local, passager, par l'introduction de son venin, qui peut avoir sur le

(1) Depuis que j'ai fait cette communication à la Société de biologie, dans sa séance du 17 avril, M. le professeur Lasègue m'a très obligeamment fait voir dans son service de clinique, à la Pitié, le 24 avril, un jeune homme de vingt-deux ans, profondément atteint d'anémie et de cachexie saturnine, dont toute la moitié sous-ombilicale du corps est littéralement couverte de taches bleues, en avant comme en arrière, à ce point que le dénombrement en serait certainement difficile; elles s'étendent jusqu'aux malléoles. Mais aussi le phthirius inguinalis pullule chez ce malade, et plusieurs fois il est arrivé aux élèves de rencontrer à la visite du matin ou du soir quelques-uns de ces animaux se promenant en dehors du pubis, sur les cuisses et sur les jambes; nous pûmes en observer un au-dessus de la malléole externe droite. Ce quinzième cas complète ma série déjà si démonstrative.

derme et les capillaires qui le parcourent une vertu stupéfiante? Je l'ignore absolument et je ne fais ici que de l'hypothèse. Je laisse à d'autres le soin d'élucider cette question.

Mais, dira-t-on, pourquoi, pendant longtemps, a-t-on rencontré si souvent et si exclusivement ces taches bleues dans la fièvre typhoïde, dans la fièvre synoque ou dans certains états gastriques?

Je répondrai en disant : Pourquoi ai-je cru, pendant plusieurs années, que les taches bleues étaient surtout l'apanage des malades atteints de blennorrhagie? Parce que, dans ces diverses maladies, plus que dans les autres, on est amené à examiner le ventre et le bas-ventre avec un soin beaucoup plus scrupuleux, ce qui permet de découvrir ce que l'on cherche et aussi quelquefois ce que l'on ne cherche pas, les taches ombrées par exemple.

Mais lorsque, comme l'a fait M. Moursou, comme je l'ai fait depuis, on examine avec soin le ventre de tous les malades, on arrive aux mêmes conclusions, à savoir :

1° Que les taches bleues se rencontrent dans un grand nombre de maladies absolument disparates; qu'on les retrouve également chez l'homme sain ; par conséquent qu'elles n'ont aucun rapport, aucun lien qui les rattache directement à certaines maladies ou à certaines diathèses;

2° Qu'elles tiennent uniquement à la présence, au passage, à l'action du *phthirius inguinalis* ;

3° Qu'elles n'ont plus aucune signification au point de vue du diagnostic ; qu'elles n'ont pas de valeur plus grande au point de vue du pronostic; qu'elles n'ont plus, en somme, si je ne m'abuse, une signification clinique;

4° Qu'enfin, si elles signifient encore quelque chose, leur signification est désormais singulièrement restreinte et comparable à celle de l'urticaire des processionnaires, de la piqûre du moustique ou de la puce, de la vésicule et du sillon du sarcopte dans la gale, du collier pédiculaire dans la phthiriase; en un mot, qu'elles seront à l'avenir exclusivement du ressort des dermatologistes.

---

Eczéma généralisé. — Accès de dyspnée. — Étude clinique, par Blachez (*Gazette hebdomad. de méd. et chir.*, 21 mai 1880, n° 21, p. 231).

Dans cette intéressante note, Blachez, à propos d'un cas d'eczéma infantile associé à des accidents pulmonaires fugaces, mais d'une extrême gravité apparente, soulève un coin du voile toujours épais qui

couvre encore les questions de cet ordre, et se demande en particulier si ces accidents ne doivent pas être rattachés à des lésions du grand sympathique relevant de la dermatose.

Il ne nous paraît pas, pour notre part, que l'état de nos connaissances en physiologie pathologique puisse permettre d'interpréter *scientifiquement* de semblables faits. En réalité de quoi s'agit-il ? Voici un enfant âgé de 23 mois, eczémateux depuis l'âge de 5 mois, de cette forme terrible d'eczéma prurigineux qui ne laisse aux malheureux patients ni tranquillité de jour, ni repos de nuit; sans cause connue, ce qui ne veut pas dire sans cause (c'est en pareil cas le plus habituellement un refroidissement); particulièrement sans modification spontanée ni provoquée de l'éruption cutanée, il survient, à deux reprises successives, des phénomèmes extrêmement intenses de dyspnée, avec envahissement universel du thorax par des râles sonores et sous-crépitants. La vie de l'enfant paraît, à chaque fois, irrémissiblement compromise, et cependant la guérison survient, chaque fois, avec rapidité, en même temps que l'on a recours à une médication énergique.

On peut envisager ce fait sous toutes ses faces, on n'y peut trouver rien d'autre, rien qui établisse l'existence d'une « lésion du grand symphatique », absolument rien d'autre que l'enseignement pratique qui résulte de l'observation éclairée d'un praticien de talent.

Rien dans ce cas ne permet de subordonner les attaques de dyspnée à la lésion cutanée ; celle-ci n'a subi aucune modification. C'est seulement pendant la crise de dyspnée que les démangeaisons se calment, quant à l'éruption elle-même, elle n'a pas varié. C'est la règle. On dit bien communément, que l'on voit des accidents de ce genre *succéder* aux « rétrocessions » de l'eczéma, mais c'est là le résultat d'une observation incomplète, et si l'eczéma subit quelques modifications brusques, c'est qu'il s'est déjà produit sur la muqueuse des bronches ou des voies digestives une manifestation active. Cette rétrocession presque toujours momentanée de l'éruption cutanée est un fait banal et universel, déterminé par les affections intercurrentes de tout ordre, et les choses se sont passées dans le cas de Blachez comme elles se passent habituellement.

Bien plus, il n'est pas rare d'observer, chez des enfants, tout à fait en dehors d'une dermopathie quelconque, des accidents de congestion broncho-pulmonaire aiguë tout à fait semblables à ceux qui ont été observés chez le malade de Blachez, à la fois par l'extrême intensité des accidents, et par leur extraordinaire fugacité. La dermopathie est donc une coïncidence, non une condition préalable nécessaire.

En attendant que les progrès de la physiologie pathologique (l'attente risque d'être encore longue) nous donnent la clef de ces mystères,

nous sommes obligés, pour satisfaire aux nécessités de la pratique dans le présent, d'interpréter ces faits avec les données de l'observation médicale proprements dite. Or, voici ce qu'elle apprend : les enfants chez lesquels on observe les accidents dont il vient d'être question ont, en général, une hérédité pathologique, laquelle est le plus communément l'hérédité arthritique ; c'est là, où dans quelque autre tare maternelle ou paternelle qu'il faut chercher la condition *première*, et non pas comme on a trop de tendance à le faire dans les conditions extérieures, telles que la qualité de la nourrice à qui médecins et parents se complaisent à tout rapporter ; on peut sans crainte sur ce sujet en appeler de l'observation préconçue et imparfaite du passé, à l'observation plus précise de l'avenir.

Dans les cas de cet ordre, les divers accidents qui surviennent au cours de l'évolution de l'affection cutanée dérivent tous de la même cause générale et supérieure, l'état constitutionnel de l'enfant ; rien n'autorise à les hiérarchiser, à les subordonner l'un à l'autre. C'est bien là, en fait, le sentiment réel de l'auteur, qui écrit : « Peut-être serait-il plus sage de ne voir dans ces cas que l'expression symptomatique d'une même diathèse, s'inscrivant simultanément ou successivement sur des appareils organiques similaires ; » et nous sommes heureux de rester en communion avec lui.

Nous ne voulons pas dépasser les limites de cette simple *revue* en insistant davantage, mais nous voulons dire cependant que toute thérapeutique rationnelle de ces accidents doit être basée *avant tout* sur la notion de la condition originelle de l'enfant. Il est temps de soustraire à la médication empirique si universellement encore employée ces cas si difficiles à traiter d'eczéma infantile, à la médication arsenicale, par exemple, dont on abuse si extraordinairement à l'époque actuelle à propos de toutes les affections cutanées : les médecins oublient sans cesse que ce n'est pas une affection cutanée qu'il s'agit de traiter, mais bien un malade qu'il s'agit de guérir.

Les congestions broncho-pulmonaires foudroyantes observées au cours de l'eczéma infantile par Blachez, ne diffèrent en rien de celles que l'on constate chez des enfants qui n'ont aucune affection cutanée, mais ceux-ci comme ceux-là sont également des arthritiques ; aux uns et aux autres la même médication est applicable aussi bien dans les crises que dans leur intervalle.

Chez de tels enfants, ce n'est pas la dermopathie qu'il faut avoir crainte de traiter ; ce qui doit dominer dans leur direction, c'est la préoccupation de les soustraire à toutes les causes capables de les provoquer, et particulièrement l'irritation des voies digestives, l'action du froid et du refroidissement.

S'agit-il des accidents *réalisés,* congestions pulmonaires, eczéma, leur médication n'a rien de spécifique, et elle doit être réglée sur les conditions particulières à l'observation, non d'après une formule préconçue. ERNEST BESNIER.

---

GALE DU CHAT ; SA TRANSMISSION AU CHEVAL, A LA VACHE ET A L'HOMME ; SON ORIGINE, par MÉGNIN (*Société de Biologie*, séance du 22 mai 1880 et *Gaz. méd.*, n° 23, 5 juin 1880, p. 301).

Le point capital de cette très intéressante communication de M. Mégnin est la découverte de l'origine probable du sarcopte notoëdre, (sarcopte à anus situé au milieu du noto-gastre chez la femelle ovigère), lequel considéré précédemment comme originaire du chat, proviendrait primitivement du rat. C'est donc, à présent, *sarcopte du rat*, et non du chat, qu'il faudrait dire.

D'après M. Mégnin, Bourguignon et Delafond ont fait erreur en disant que le sarcopte notoëdre creuse ses sillons à la façon du sarcopte de la gale commune : « C'est, dit-il, un véritable nid sous-épidermique que fait la femelle, et elle y reste blottie, pondant, sans bouger, une cinquantaine d'œufs qui restent en tas, et sur lesquels on peut suivre tous les degrés de l'incubation. »

Transmis au chat, au chien, au lapin, etc., par le rat, le sarcopte notoëdre peut être porté par le chien ou par le chat chez les grands animaux, vache, cheval, etc., et déterminer sur ceux-ci des accidents cutanés d'une certaine intensité et d'une assez grande durée ; chez l'homme, ainsi qu'on le sait, la gale du chat (du rat) peut être transmise par le chat ou par le chien, ainsi qu'on peut le démontrer soit par les observations de transmission directe, ou par le résultat des inoculations faites par Gerlach sur lui-même et sur ses élèves.

Le fait important à rappeler au point de vue dermatologique est que le sarcopte notoëdre ne donne lieu chez l'homme qu'à des accidents qui s'éteignent spontanément, ou qui cessent aisément sous l'influence des antipsoriques les plus élémentaires tels, qu'un bain sulfureux.

A tous les titres, on le voit, nous devrions signaler ici les nouvelles observations de M. Mégnin. E. B.

---

Des complications de la gale. Leçon d'Hillairet a l'hôpital Saint-Louis (*Union médicale*, n° 64, 22 mai 1880, p. 822).

Dans cette leçon, Hillairet s'attache surtout à montrer l'importance de la prédisposition individuelle dans le développement des accidents qui peuvent survenir par suite de la dermite acarienne : lymphangite, phlegmons, abcès ganglionnaires, eczéma généralisé; et il signale particulièrement l'action de l'arthritisme. Une observation détaillée recueillie par M. Jules de la Tourette, élève du service, est annexée à cette leçon que le professeur a terminée par les conclusions qui suivent :

« 1° Cette observation nous présente un exemple assez rare d'eczéma aigu généralisé d'emblée.

« 2° L'intensité de la poussée eczémateuse a été telle qu'on a pu craindre, à un moment donné, non seulement un phlegmon diffus des deux avant-bras, mais encore l'infection purulente, dont les symptômes précurseurs : frissons, teinte plombée du visage, épistaxis, purpura, odeur fétide du pus et de tout l'individu, ont été expressément notés.

« 3° L'eczéma, vraisemblablement consécutif à l'affection galeuse et amené par elle, n'en a pas moins été une manifestation directe de la diathèse arthritique, survenant chez un individu ayant déjà eu à subir des attaques rhumatismales antérieures. Cette diathèse s'est ici révélée :

*a*) Par des douleurs rhumatismales aiguës;
*b*) Par une endocardite de même nature.

« 4° La gale, cause occasionnelle mais non moins efficace, a donc eu pour effet de ramener ce qu'on a appelé à juste titre « le réveil de la « diathèse ».

« 5° Le traitement institué a consisté uniquement, pendant la période aiguë de l'eczéma, en poudre d'amidon et en cataplasmes de même nature; les bains d'amidon ne sont entrés en ligne de compte que comme adjuvants et seulement à partir de la convalescence. Le sulfate de quinine, les toniques ont puissamment aidé la guérison en agissant directement sur la débilitation si accentuée de tout l'organisme. »

E. B.

LUPUS DU VOILE DU PALAIS ET DE L'ISTHME DU GOSIER, SCROFULIDES DE LA FACE, GUÉRIS PAR UN ÉRYSIPÈLE, par CAZIN, médecin en chef de l'hôpital de Berck-sur-Mer. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, t. VI, n° 1, février 1880.)

L'action curative d'un érysipèle intercurrent sur diverses lésions cutanées, telles que le lupus ou la syphilide tuberculeuse, a été depuis longtemps signalée, et imitée dans la thérapeutique dermatologique, par l'application des pommades irritantes, des vésicatoires, etc. En ce qui concerne le lupus en particulier, ce qu'il est tout à fait nécessaire d'ajouter, c'est que cette guérison est bien rarement définitive, et pour notre part, nous déclarons n'avoir jamais constaté cette guérison définitive, quand nous avons pu revoir les malades plusieurs mois et surtout plusieurs années après.

L'observation très intéressante adressée à M. Krishaber, par le savant médecin de l'hôpital de Berck-sur-Mer, ne se soustrait pas complètement à ce que nous considérons comme la règle générale : En effet, l'érysipèle chez l'enfant dont il s'agit, a été terminé le 20 mai ; en juin, la cicatrisation des lésions cutanées et muqueuses était constatée, et au 9 septembre, jour du départ de l'enfant, elle persistait. Il serait vivement à désirer que l'évolution ultérieure de l'affection fût suivie, et que la guérison définitive fût constatée au bout d'un temps plus long. E B.

---

VACCINATION D'UN ENFANT ATTEINT D'ECZÉMA DE LA FACE ET DU CUIR CHEVELU. ÉRUPTION CONFLUENTE DE VACCINE SUR LES PARTIES QUI SONT LE SIÉGE DE L'ECZÉMA ; COMMUNICATION DE LA VACCINE A LA MÈRE ET A LA DOMESTIQUE DE L'ENFANT, par PADIEU, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Amiens. (*Gazette des Hôpitaux*, mai 1880, p. 412.)

Les inconvénients graves, sinon les dangers absolus, de la vaccination chez les jeunes enfants atteints d'eczéma localisé ou généralisé sont connus, mais ne sont peut-être pas assez présents à l'esprit de la généralité des praticiens. L'épidémie de variole qui sévit en ce moment, et qui a fait des vaccinations une mesure de première urgence, toute autre considération mise de côté, a multiplié les exemples de ces inconvénients, et nous avons nous-même, ainsi que plusieurs de nos collègues, rapporté, cette année, à la Société médicale des hôpitaux, des observations d'un grand intérêt pratique. Le fait si intéressant rapporté par

le savant médecin de l'Hôtel-Dieu d'Amiens, que nous reproduisons textuellement, vient compléter la série. E. B.

« Le jeune S..., âgé de huit mois, fils d'un employé des télégraphes, à Amiens, est atteint d'un eczéma de la face et du cuir chevelu. Il est vacciné par moi, le dimanche 21 mars dernier, avec du vaccin pris directement sur une génisse amenée par M. Chambon, vaccinateur à Paris.

Douze enfants sont vaccinés en même temps que le jeune S..., et soixante-dix revaccinations sont également pratiquées chez des adultes. Aucun phénomène insolite ne s'est manifesté chez toutes ces personnes.

Il n'en est malheureusement pas de même chez le jeune S... qui a failli mourir des suites de la vaccination.

En effet, le vendredi 26 mars, c'est-à-dire le sixième jour de l'inoculation, en même temps que se développaient cinq pustules sur le bras au point d'insertion du vaccin, nous voyons apparaître, sur la face et le cuir chevelu, une éruption confluente de pustules vaccinales.

Ces pustules, au nombre de deux cents environ, sont exactement limitées aux parties qui étaient le siège de l'eczéma : pas une seule pustule ne se montre sur le reste du corps.

Les pustules vaccinales évoluent du reste absolument comme une variole confluente, en amenant un gonflement extraordinaire de toute la tête.

En même temps se déclarent des symptômes généraux des plus graves : fièvre intense, respiration précipitée et anxieuse, menaces de suffocation, vomissements incessants et diarrhée colliquative.

Ces accidents persistent avec une intensité menaçante pendant huit jours, jusqu'à la dessiccation des pustules, époque où ils cessent assez brusquement.

Mais, pendant ce laps de temps, nous avions assisté à d'autres phénomènes intéressants survenus chez la mère de l'enfant et chez la bonne qui le soignait.

Chez la mère, le samedi 27 mars, c'est-à-dire huit jours après la vaccination de l'enfant, il se développe sur le milieu de la joue droite une pustule vaccinale qui prend, en trois ou quatre jours des proportions énormes. Deux jours après, une seconde, puis une troisième pustule, mais de dimensions ordinaires, se montrent également sur cette joue. Enfin, le 3 avril, apparaissent encore une pustule sur le bord libre de la paupière inférieure du côté droit, puis deux autres pustules énormes, l'une à la pointe, l'autre à la base de la langue.

Cette éruption se complique de symptômes généraux assez graves, rendus pénibles surtout par l'inflammation de toute la muqueuse buccale.

Chez la bonne de l'enfant, jeune fille de quinze ans, une pustule vaccinale volumineuse apparaît le 2 avril sur le bord libre de la paupière inférieure du côté gauche vers l'angle interne de l'œil. Elle amène un gonflement considérable des paupières avec conjonctivite intense. Des symptômes généraux, moins graves que ceux observés chez la mère, se développent aussi chez elle. »

MÉLANOSARCOME DE LA PEAU ; GÉNÉRALISATION LIMITÉE ; MORT PAR ACCIDENTS CÉRÉBRAUX, par OZENNE, interne des hôpitaux. — (*Société clinique, France médicale*, n° 30, 14 avril 1880.)

Très intéressante observation de *dermatomélanosarcome* chez une femme *jeune*, entrée à l'hôpital pour des accidents cérébraux auxquels elle succomba, et que l'autopsie montra être dus à une tumeur mélanique du cerveau.

On avait reconnu, durant la vie, et on a constaté après la mort, *l'absence de mélanose oculo-orbitaire;* ce caractère *négatif* acquiert une grande valeur diagnostique pour distinguer le *mélanosarcodermatome* du *carcinome mélanique* de la peau, la première de ces altérations ne donnant pas lieu (Cornil et Trasbot) à une production secondaire du côté de l'œil ni de l'orbite.

Voici les parties de l'observation qui intéressent particulièrement le dermatologiste :

« Au niveau du premier métatarsien, du côté droit, une tumeur du volume d'une grosse noix. Développée aux dépens de la peau, qui est mobile sur l'os sous-jacent, elle offre une ulcération arrondie, de la largeur d'une pièce de 1 franc, bourgeonnante, noirâtre, à fond inégal, et entourée d'un bourrelet cutané induré: elle ne semble réveiller aucune douleur à la pression. Autour de cette tumeur se voient plusieurs nodosités arrondies, bien circonscrites, dures, mobiles, du volume d'une noisette, et développées sur la peau, dont l'amincissement et la transparence sont tels qu'elle laisse apercevoir leur couleur noire.

Sur le trajet des cordons lymphatiques, qui accompagnent la veine saphène interne depuis le pied jusqu'à la racine du membre, on compte une dizaine de petites masses, de même volume que les premières décrites, et offrant les mêmes caractères, sauf la coloration noire, qui n'existe pas; elles semblent en effet plus profondément situées dans le tissu sous-cutané, recouvertes par la peau intacte.

Dans la région de l'aîne, plusieurs ganglions, les uns à direction verticale, les autres à direction transversale, présentent un volume assez considérable. Dans les téguments de la poitrine, on sent également un certain nombre de petites nodosités, analogues aux autres. Sur le membre inférieur gauche, sur les membres supérieurs, de même que sur la face, il n'en existe aucune. »

Il était bien désirable de savoir quel était l'état autoptique des gan-

glions et des nodosités ; ces détails n'étant pas contenus dans l'observation, nous les avons demandés à son auteur qui a bien voulu nous remettre la note suivante :

*Examen histologique des tumeurs et des ganglions*, par M. Léon Gautier. — 1° *Tumeurs*. Sarcome à petites cellules très serrées, sans trame apparente. Quelques vaisseaux à parois formées par les cellules de la tumeur. Pigment très irrégulièrement distribué et peu abondant; il paraît occuper ici le corps cellulaire, là le noyau.

2° *Ganglions*. Eléments lymphoïdes et réticulaire très visibles encore. La dégénérescence semble avoir son point de départ au niveau des cloisons comprimées et des vaisseaux. Les éléments de la tumeur se colorent plus fortement par le carmin que ceux des ganglions. Le pigment est très peu abondant et n'affecte pas de disposition régulière, il paraît cependant en exister une plus grande quantité au voisinage des vaisseaux. E. B.

---

RICHAUD (A.). — *Note sur un cas de pemphigus et sur son traitement* (*Marseille médical*, n° 4 — 20 avril 1880, p. 217).

Il s'agit d'un cas de « pemphigus » des membres inférieurs développé chez un sujet âgé de 34 ans « obèse et de constitution arthritique ».

Insuccès du traitement classique (amidon) et du traitement constitutionnel (bicarbonate de soude). Le malade, ayant des accès fébriles quotidiens vespéraux, fut alors traité par *le sulfate de quinine;* les « bulles » furent cautérisées au *nitrate d'argent* et la guérison fut obtenue. E. B.

---

DES SYPHILIDES VULVAIRES. — Par MARTINEAU. — Leçon recueillie par COUDRAY, interne des hôpitaux (*Union médicale*, 1880).

Bien que le début de l'accident primitif soit difficile à préciser chez la femme, on peut dire qu'en général l'époque d'apparition des syphilides vulvaires est précoce : quatre à six semaines après le chancre. Cependant il s'écoule parfois deux, trois, et même quatre mois entre les deux genres d'accidents.

Chez la femme ces syphilides sont plus fréquentes que partout ailleurs. — Elles siègent particulièrement sur les grandes et les petites lèvres. Ces syphilides revêtent quatre types.

1° Type érosif.
2° — papulo-érosif.
3° — papulo-hypertrophique.
4° — ulcéreux.

Le premier type comprend des érosions ordinairement régulières, arrondies, rosées et vernissées. — Elles ne secrètent pas.

Le deuxième type : papules plus ou moins larges, plus ou moins saillantes, base plus ou moins indurée, surface ulcérée superficiellement, recouverte parfois d'une fausse membrane; c'est dans cette fausse membrane où M. Robin avait constaté de la fibrine filamenteuse et des globules de pus que M. Cornil a signalé des prolongements rameux analogues à des buissons.

Le troisième type : saillie en dos d'âne des papules (Fournier). — Isolées ou agminées, à peine érodées au début, ces papules peuvent s'ulcérer profondément.

Le quatrième type comprend des syphilides tardives, ulcérations larges, étendues, jamais indurée à la base, leur fond est tantôt lisse et tantôt rugueux et inégal.

Ces quatre types peuvent coïncider et se mélanger de manière à présenter des types de transition.

Ce polymorphisme est caractéristique de la syphilis.

Avec ces syphilides on observe souvent des végétations plus ou moins volumineuses ; on observe également la folliculite ulcérée.

A la suite de ces lésions, des altérations des organes atteints peuvent persister : déformations, œdème dur analogue au sclérème.

Ces lésions ont encore un caractère important : c'est d'être souvent symétriques, — de plus elles sont indolentes, non prurigineuses.

Il est facile de les distinguer de l'herpès, de l'eczéma ; on les distingue du chancre mou par leurs différences d'aspect et en cas de doute par l'inoculation pratiquée sur le sujet lui-même.

Outre les moyens ordinaires employés dans le traitement de ces syphilides, M. Martineau ordonne encore, lorsqu'elles sont nombreuses, un pansement avec de la charpie imbibée d'une solution de chloral à 5 0/0. — Jamais de cautérisations énergiques avec le bichlorure ou l'acide acétique, comme l'enseigne aussi M. le professeur Fournier. G.

COMPLICATIONS DU CHANCRE SYPHILITIQUE. — CH. MAURIAC. — (Leçon recueillie par de GASTEL, interne des hôpitaux.) — *Union médicale*, 1880.

Si les accidents qui compliquent le chancre syphilitique, en tant que lésion locale sont généralement moins redoutables et surtout moins fréquents que ceux qui surviennent à la suite du chancre mou, ils se présentent cependant assez souvent à l'observation pour mériter d'être signalés.

Ces accidents, beaucoup plus fréquents chez l'homme, dépendent, bien entendu, du terrain sur lequel ils se développent et aussi de la situation du chancre.

Ces complications sont :

1° L'inflammation franche ;

2° Les douleurs ;

3° Le balanoposthite et le phimosis ;

4° La gangrène et les hémorragies secondaires ;

5° Le phagédénisme.

*L'inflammation franche* est causée par les irritations mécaniques, les cautérisations violentes et intempestives, les excès de tout genre, excès alcooliques, les fatigues et comme adjuvants le tempérament sanguin, la pléthore. Elle peut se terminer par résolution, formation d'abcès, ce qui est plus rare ; par œdème dur, sclérose et enfin par gangrène ou phagédénisme. Elle peut se compliquer de la suppuration des ganglions inguinaux.

*La douleur,* ordinairement nulle dans le chancre syphilitique, peut cependant exister par exception et constituer une véritable complication, ainsi que l'auteur l'a observé. A quoi tient cette douleur ? On ne saurait le dire, car les nerfs sont toujours altérés dans le syphilome primitif. Ainsi, en 1878, M. Mauriac enleva un chancre du prépuce et le donna à examiner à M. Cornil qui trouva la gaîne nerveuse des faisceaux primitifs dissociée et divisée en feuillets minces par des cellules fusiformes du tissu conjonctif et par quelques cellules rondes ; dans l'intérieur même du faisceau, cellules de tissu conjonctif ou de la gaîne de Schwann hypertrophiées, et cellules rondes. Tubes nerveux normaux. Ce chancre était cependant demeuré parfaitement indolent.

*La gangrène,* plus fréquente chez l'homme, reconnaît souvent pour cause une balano posthite avec phimosis, ou un paraphimosis, mais elle peut survenir en l'absence de ces accidents. Les chancres qu'elle atteint siègent ordinairement sur la couronne du gland. Elle peut se limiter au

néoplasme ou envahir les corps caverneux et détruire la totalité de la verge. On a dit qu'il s'agissait là de chancres mixtes; c'est une erreur, au moins dans un certain nombre de cas où l'inoculation faite *avant* l'apparition de la gangrène est restée négative. De plus, ces chancres furent suivis d'accidents spécifiques.

Ces lésions peuvent compliquer des ulcérations qui ne sont ni des chancres simples ni des chancres syphilitiques. Ce sont ces affections que M. Mauriac a décrites sous le nom de « *affections furonculeuses et anthracoïdes du gland* ». On comprend la difficulté d'un diagnostic précis lorsqu'on n'a pas observé les débuts de l'affection.

*La balanoposthite et le phimosis* sont fréquemment, comme on vient de le voir, des causes de gangrène. Celle-ci reconnaît, en outre, pour cause les factum ordinaires de nécrobiose : cachexies, alcoolisme, diabète, etc., etc.

*Les hémorragies* qui surviennent à la chute de l'eschare nécessitent parfois l'incision du prépuce pour découvrir leur siège.

*Le phagédénisme*, complication plus rare que la précédente avec le chancre syphilitique, est généralement bien moins redoutable que le phagédénisme du chancre simple.

Il siège volontiers sur les chancres de l'hypogastre. M. Rollet pense que, lorsqu'un phagédénisme étendu complique un chancre syphilitique, c'est que celui-ci renferme des éléments chancrelleux : c'est un chancre mixte.

En tout cas, si le phagédénisme survient à la suite d'un chancre exclusivement syphilitique, il n'ira pas loin. S'il devient menaçant, on peut en avoir facilement raison par un traitement énergique au mercure et à l'iodure de potassium. G.

---

Syphilis conjonctivale. — Sichel fils. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1880.)

Suivant le docteur Sichel les affections syphilitiques de la conjonctive sont très rares. Il a pu à peine en recueillir quatorze cas décrits avec précision. La plupart étaient constitués par des tumeurs gommeuses, accidents secondaires tardifs, formant une sorte de transition entre la deuxième et la troisième période de la syphilis.

Ces accidents coïncident souvent avec des lésions de même nature, siégeant sur les paupières ou sur d'autres parties des téguments; sauf sur la face où cette coexistence s'est montrée plus rare. En général, ces observations ont été observées en même temps que des syphilides ulcé-

reuses tardives, des syphilides ulcéreuses ou des syphilides papulo-crustacées.

La rareté de ces syphilides conjonctivales d'une part, les difficultés qu'elles peuvent offrir au diagnostic ainsi que les erreurs auxquelles elles peuvent par conséquent donner lieu d'autre part, ont engagé l'auteur à publier dans tous ses détails une observation dont le sujet est l'un des malades de la clinique. Pour ces mêmes raisons, nous résumerons aussi complètement que faire se pourra son intéressant travail.

Si ces accidents secondaires sont rares, les primitifs le sont bien plus et c'est ainsi que l'on ne connaît, de publiés, jusqu'à présent que deux cas de chancres indurés (Desmarres père) et un cas de chancre mou (Desprè) survenus d'emblée sur la conjonctive. Quant aux syphilides hâtives l'auteur a eu peine à en relever deux cas parfaitement précis (Desmarres père, de Wecker).

L'affection avec laquelle on a pu confondre les syphilomes de la conjonctive est surtout l'épitheliome, témoin le cas cité par de Wecker où il s'agissait d'une tumeur lobulée, bosselée; d'une couleur gris rougeâtre, très vascularisée, siégeant au bord de la cornée. Sans la coïncidence d'une *corona veneris*, on n'eût certainement pas songé à une lésion syphilitique tant cette tumeur ressemblait au cancer épithélial.

Voici, en abrégé, l'observation du docteur Sichel :

Le nommé Alfred G., 28 ans, se plaint de démangeaisons assez vives vers le grand angle de l'œil et de sensation de corps étranger; pas de photophobie ni de douleurs périorbitaires. Une légère injection de la conjonctive est limitée au grand angle. (1er octobre 1878.)

Au centre de la partie hyperémiée, on remarque une petite tumeur ovalaire, de la grosseur d'un grain de blé, rose jaunâtre, assez ferme mais peu élevée au-dessus des parties voisines. Pas de sécrétion conjonctivale. Insufflations de calomel en poudre.

Le 10 octobre, la tumeur a doublé de volume; elle est aplatie et ovalaire dirigée transversalement (13 $^{m}/_{m}$ sur 6 1/2), contiguë à la cornée sur le limbe de laquelle elle s'arrête. Elle affecte maintenant la forme d'un fer à cheval regardant la cornée par sa concavité. Elle fait une légère saillie; excoriée, sa surface présente une petite dépression contenant un peu de muco-pus grisâtre, pultacé. Légèrement renitente, elle s'efface en partie sous la pression du doigt. Vue à la loupe et à l'éclairage oblique, la surface est bombée, vasculaire, ainsi que le pourtour de la tumeur qui du reste est absolument indolente et ne procure au malade que la sensation de gêne, comme le ferait un corps étranger.

Le volume, la forme en fer à cheval, l'aspect lobulé font vite repousser l'idée d'une énorme pustule conjonctivale. La marche rapide de la tumeur fait également rejeter l'hypothèse d'une hypertrophie épithéliale de la conjonctive, variété de conjonctivite pustuleuse chronique.

Ce petit néoplasme présentait la plupart des symptômes propres à l'épithéliome, mais on ne pouvait cependant pas l'admettre pour tel, étant connu, son évolution rapide surtout, et l'âge du sujet.

L'auteur, se rappelant le cas cité plus haut qu'il avait lui-même observé avec son père et de Wecker, porta le diagnostic de : *Syphilide papulo-ulcéreuse de la conjonctive bulbaire de l'œil droit.*

L'examen complet du malade vint, ainsi que le traitement, confirmer l'exactitude de ce diagnostic.

Une éruption assez confluente de syphilides papuleuses et papulo-squameuses siégeait sur le tronc, les épaules, le cou et les bras du malade. Au menton, quelques papules peu apparentes.

Dans le sillon balano-préputial, on constata l'existence d'une cicatrice reposant sur une base indurée, syphilome caractéristique et accompagnée d'une pléiade ganglionnaire très nette de l'aine droite.

Les renseignements fournis par le malade, quelques autres symptômes sur lesquels nous passons ne laissent, du reste, aucun doute sur l'existence de l'infection.

Le sujet fut présenté à M. Fournier qui l'examina attentivement et déclara n'avoir vu qu'un seul cas analogue dont il conserve le moulage dans son musée de Saint-Louis.

M. Ricord le vit également et dirigea le traitement (pilules Ricord et fumigations de cinabre qui font disparaître promptement les taches lenticulaires cuivrées qui s'étaient montrées depuis sur le visage).

Le 22 novembre, l'affection conjonctivale spécifique avait entièrement disparu.

La *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* avait à peine publié cette observation que son comité de rédaction recevait une note du docteur Jules Galvani relatant un autre genre de lésion conjonctivale qui paraît s'être développée sous l'influence syphilitique. Nous citons textuellement la partie la plus saillante de cette observation. G.

---

OBSERVATION DE MANIFESTATION SYPHILITIQUE CONJONCTIVALE. — JULES GALVANI (d'Athènes). — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* 1880.

« . . . . . En soulevant la paupière, qui est incomplètement fermée et « médiocrement œdématiée, on constate que la conjonctive bulbaire est for- « tement œdématiée, formant un épais bourrelet chémotique analogue à ceux « qu'on observe dans les ophthalmies purulentes graves, à cette différence « très importante près, qu'il n'était accompagné ici d'aucune espèce de « sécrétion purulente ou autre ; il n'y avait même pas de larmoiement ni de « photophobie ; le chémosis recouvre la plus grande partie du limbe cornéen, « laissant seulement à nu un petit disque central de cette membrane un peu « plus grand que l'ouverture pupillaire, qu'il circonscrit et que l'on dis-

« tingue parfaitement, occuper son milieu et conservant sa parfaite régularité
« et une sensibilité normale. La partie de la cornée restée libre garde sa
« transparence et son poli naturel, son épithélium n'offrant pas la moindre
« atteinte appréciable. Le renversement de la paupière supérieure, que nous
« n'obtenons qu'à grande peine à cause de l'état œdémateux, ne présente pas
« de granulations ; les culs-de-sac conjonctivaux ainsi que toute la surface
« de la conjonctive n'offrent non plus rien autre chose à noter.

« Les mouvements du globe, autant que la gêne apportée par le chémosis
« le permet, s'exécutent régulièrement sans la moindre déviation appréciable;
« la vue, quand elle peut s'effectuer par le soulèvement de la paupière supé-
« rieure, est normale. Le malade se plaint d'un peu de céphalalgie qui
« affecte la forme d'une migraine s'exacerbant le soir. »

Le malade avait eu les fièvres intermittentes : on le soumit au traitement quinique en même temps qu'on lui faisait des scarifications répétées sur la conjonctive et une excision partielle de son chémosis. L'affection ne bougeait pas et même la migraine prenait les allures d'une névralgie de la face (branches sus et sous-orbitaires de la cinquième paire).

La ténacité de cette lésion provoqua un examen approfondi du malade et on découvrit qu'il était en pleine éruption syphilitique !

Il avoua alors avoir eu quelques accidents primitifs cinq ou six ans auparavant, mais ces accidents avaient promptement cédé à quelques topiques procurés par un pharmacien (on voit qu'à Athènes les choses se passent comme à Paris). Il n'avait d'ailleurs suivi aucun traitement interne.

Le docteur Jules Galvani soumit son gendarme (car c'était un gendarme), à un traitement mixte et au bout de quelque temps la guérison de la conjonctive était complète. G.

---

Multiplicité du chancre infectant. — (*Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1880.)

On a longtemps admis que le chancre syphilitique ne pouvait pas se montrer simultanément sur plusieurs points, chez le même individu. — Aujourd'hui on sait parfaitement le contraire.

Le fait s'est montré sur un homme entré à l'hôpital avec une double ulcération de la langue et de la lèvre inférieure. Celle qui siégeait sur la lèvre ressemblait tellement à un cancroïde que le malade avait d'abord été envoyé dans un service de chirurgie. La tumeur, très indurée, avait l'aspect d'un tubercule de sycosis. Mais, outre quelques autres symptômes qui pouvaient suffire à faire éliminer cette affection, le micros-

cope ne faisait découvrir aucun des spores caractéristiques du sycosis. De plus les ganglions sous-maxillaires étaient pris. Enfin l'autre ulcération, qui siégeait sur la langue, avait l'aspect si net du chancre infectant, que l'on ne pouvait s'arrêter à un autre diagnostic pour l'une comme pour l'autre ulcération. C'est ce que démontra la suite de la maladie. Le malade eut de la roséole, etc.

Il faut savoir que le chancre, lorsqu'il siège dans une région pileuse, peut revêtir l'aspect sycosiforme et débuter par un abcès (c'est ce qui avait eu lieu dans le cas cité).

Le malade qui fait l'objet de cette observation avait probablement contracté ces chancres en se servant, dans son atelier, d'un pinceau commun à plusieurs ouvriers.

M. E. Besnier fait remarquer, surtout à propos des chancres de la face, combien ces derniers laissent peu de cicatrices quand ils n'ont pas été tourmentés par des cautérisations intempestives. C'est ce qui s'est produit chez une jeune fille qui avait été soignée dans son service pour un chancre de la lèvre inférieure.

M. E. Besnier préfère, pour panser ces chancres, l'iodoforme parfaitement porphyrisé à tous les autres topiques.

Au sujet de la multiplicité du chancre infectant, nous n'ajouterions que quelques mots: La plurarité de l'accident primitif de la syphilis est admise sans conteste aujourd'hui, mais si elle ne l'était pas, il serait impossible de la nier après avoir vu le malade dont les pièces moulées sont conservées dans le musée de notre excellent maître M. le Dr Horteloup, à l'hôpital du Midi. — Ce malade présentait onze chancres infectants, typiques, tant sur les lèvres que sur ses organes génitaux.

Du reste ce cas se présente journellement à la consultation du Midi.

G.

---

Traitement de la syphilis cérébrale. — A. Fournier. (*Union médicale*, 1880.)

Contre la syphilis cérébrale, le professeur Fournier prescrit habituellement l'iodure de potassium à la dose de 5 grammes par jour, et chaque jour une friction avec 5, 8 et 10 grammes d'onguent napolitain.

Ce traitement est prolongé pendant toute la durée des accidents cérébraux ; seulement au bout de six à huit semaines, on le suspend pendant quelques jours ; puis on ne fait que des frictions pendant vingt jours environ. On cesse les frictions pour administrer exclusivement

l'iodure de potassium à l'intérieur, et ainsi de suite, en alternant les deux modes de traitement, afin d'empêcher l'accoutumance qui en diminuerait l'efficacité.

Après la disparition des manisfestations cérébrales de la syphilis, on reprend plusieurs fois le traitement pour éviter les récidives. Enfin on recommande d'éviter à l'avenir : 1° les excès vénériens ; 2° la fatigue intellectuelle ; 3° les excès alcooliques ; 4° tous les genres de fatigue qui peuvent provoquer de la congestion du cerveau.

Le même journal donne la méthode de Mosengeil pour le traitement de la syphilis. Nous la reportons à titre de curiosité et pour montrer combien peuvent être variés les moyens par lesquels on peut combattre la vérole :

D'après l'auteur on frictionne chaque jour le malade avec 90 centigrammes de pommade mercurielle, puis avec une pommade d'iodure de potassium, et on le maintient de 20 à 60 minutes dans un bain chaud, en lui faisant en même temps boire du thé.

Au sortir du bain on l'enveloppe pour le faire suer pendant plusieurs heures, puis on lui applique une douche froide et on le frictionne. Pendant quelques jours, le malade fait usage de petites quantités d'iodure de mercure. — Alimentation reconfortante, vin coupé et bière pour boisson.

D'après l'auteur, ce traitement prévient habituellement les rechutes.

G.

---

Exposé des doctrines du professeur Kuss, de Strasbourg, sur la syphilis et son traitement, par le Dr Grandmougin, de Belfort. (*Moniteur thérapeutique*, n° 5, 1880.)

Le Dr Grandmougin publie un résumé de ses notes d'école sur ce sujet qu'il a entendu traiter par le professeur Küss. Ce regretté maître n'admettait pas la classification de Ricord, divisant les accidents syphilitiques en primaires, secondaires et tertiaires.

La nature des lésions, l'époque d'apparition des accidents, leur nombre, leur intensité, si variable avec les individus, rendent, selon Kuss, cette division impossible, et il dirigeait le traitement selon la nature histologique des lésions.

D'après sa théorie, la vérole peut, au point de vue histologique, être divisée en conjonctive, épithéliale et mixte, suivant qu'elle affecte le tissu conjonctif ou les épithéliums ou ces deux genres de tissus à la fois.

La syphilis conjonctive comprendrait : les syphilides pustuleuse, tuberculeuse, l'iritis syphilitique connectif, les exostoses, les accidents viscéraux.

La syphilis épithéliale serait représentée par la roséole, les syphilides maculeuse, véciculeuse, bulleuse, les plaques muqueuses, l'iritis syphilitique épithéliale, etc.

A la syphilis mixte appartiendraient les lésions précédentes existant simultanément.

Le mercure, disait Küss, est le régulateur des épithéliums, l'iode, l'iodure de potassium, au contraire, ont plutôt une action élective sur le tissu connectif.

Partant de ce principe, il administrait uniquement du mercure ou de l'iodure de potassium, ou enfin les deux médicaments *successivement*, prenant soin de traiter d'abord les lésions qu'il lui semblait urgent de faire disparaître, selon la variété de syphilis qu'il avait à combattre :

Le mode d'administration employé par Küss n'était pas moins remarquable :

Il donnait le mercure jusqu'à salivation, se servant de préférence du calomel en doses fractionnées (1 ou 2 centigrammes par jour). Lorsque la salivation était obtenue, il tâchait de combattre la stomatite avec des gargarismes au chlorate de potasse, tout en continuant l'emploi du médicament.

Pour l'iodure de potassium, même procédé ; il le donnait à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme en solution aqueuse, augmentant tous les jours ou tous les deux jours la dose d'un gramme jusqu'à l'apparition de boutons d'acné indiquant la saturation de l'organisme. Si avec une dose de 10 à 15 grammes, il n'obtenait rien, ainsi que cela se voit avec certains individus chez qui l'iode est trop vite éliminé, il ajoutait 50 centigrammes d'infusion de digitale et l'effet du médicament ne tardait pas à se manifester.

Selon M. le Dr Grandmougin, cette méthode donnait au professeur Kuss de magnifiques résultats. G.

---

Syphilis de la peau, précoce ou tardive, par Cailleret, interne à Saint-Lazare (*Union médicale*, mai 1880).

L'auteur publie trois observations de syphilis qui rappellent, par leur gravité, les premiers temps de l'apparition de la vérole.

Dans la première de ees observations, il est question d'un malade de M. Aimé Martin, dont le eorps entier fut eouvert, dix ans après l'apparition d'un ehanere infeetant, par un ecthyma grave, entouré d'un érythème comparable à un érysipèle généralisé et déterminant des symptômes généraux sérieux (eoma, délire, prostration, glyeosurie, etc.). Une suppuration profonde se fit également dans la euisse gauehe.

Sous l'influenee du traitement, l'amélioration survlnt peu à peu, et six mois après, le malade était à peu près guéri.

La deuxième observation coneerne une malade, âgée de 20 ans, du serviee de M. Martin à Saint-Lazare qui, quatre mois après l'aecident primitif fut couverte d'une vaste plaie d'eethyma et de rupia syphilitique, perdit tous ses cheveux et eut des végétations (sous l'influence d'un écoulement vaginal), qui atteignirent le volume d'une tête d'enfant.

Cette femme, après avoir perdu la moitié de son poids en peu de temps, eut également le eorps envahi par un érythème généralisé. Elle eut aussi des troubles gastriques assez graves, elle vomissait tout ee qu'elle prenait. La malade ne eommença à entrer en eonvalescence qu'un an après; ses cheveux étaient repoussés.

Quelques mois plus tard, eette malheureuse femme eut un iritis double à la suite de laquelle sa vision fut tout à fait eompromise.

La troisième observation est analogue; de plus, au moment où la syphilis commençait à aller mieux, une sthiomène anal survint qui s'ulcéra promptement et détermina des hémorragies abondantes qui anémièrent la malade. Un an après elle était à peu près guérie.

L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes:

I. La diathèse syphilitique, qui se manifeste habituellement de nos jours par des symptômes infiniment moins redoutables que lors de son apparition au XV[e] sièele, peut eependant, dans quelques eas très rares, compromettre la vie du malade.

II. Ces accidents peuvent se manifester à une période préeoce ou tardive de la diathèse.

III. Ces aeeidents affeetent surtout la forme de syphilides puropustuleuses et uleéreuses, ee qui leur donne une grande analogie de forme avec celles qui ont déjà été décrites par M. le doeteur Dubuc.

IV. Elles s'aceompagnent, dans presque tous les eas, d'une éruption érythémateuse ou, pour mieux dire, érysipélateuse, coexistant avee une sorte de rash hémorragique analogue à eelui qu'on observe à une certaine période de scorbut, et qui nous paraît lié à une eaehexie profonde, ainsi qu'à une dégénéreseence graisseuse des fibres musculaires des tuniques vasculaires.

V. La médication reconstituante ne suffit pas dans les cas de cette gravité exceptionnelle. Le traitement spécifique, et notamment les frictions mercurielles, peuvent avoir seules raison de cette forme grave de la syphilis. G.

---

Un cas de syphilis bucco-pharyngée avec adhérence du voile du palais au pharynx. — Ch. Leroux. — (*Journal des connaissances médicales*, 1880.)

Lorsque la syphilis atteint le voile du palais et le pharynx, ses désordres sont parfois affreux et les accidents, difficiles à combattre, indiquent une vérole grave. Mais le diagnostic n'est pas toujours facile, et, comme Ricord, on est souvent réduit à dire : « syphilis possible, scrofule probable. » Heureusement le traitement mixte est une pierre de touche précieuse, car si son efficacité ne tarde pas à paraître dans le cas de syphilis, elle est nulle lorsqu'on le diririge contre la scrofule.

Une tendance ordinaire de la syphilis pharyngée, c'est de souder le voile du palais à la paroi postérieure du pharynx où il est fixé et maintenu comme un voile rigide.

On comprend les altérations que subissent la phonation et la déglutition lorsque le traitement n'a pas enrayé la marche de ces lésions. G.

---

De l'uréthrite goutteuse et rhumatismale, par Godin.
*Paris médical*, 1880.

On a parlé depuis longtemps d'uréthrites survenant sous l'influence des excès de boisson, du rhumatisme ou de la goutte. Hunter a parlé de l'uréthrite goutteuse et rhumatismale ; Kecker, Schoulcin (de Zurich), Jagersmid, Guillaud, A. Mercier, Debaussans, Calvo en ont publié des exemples. Henry Baas, de Winkler ont publié des relations d'épidémie d'uréthrite.

Le Dr Godin cite une observation d'uréthrite analogue dont le sujet est un officier d'administration, qui avait contracté la blennorrhagie en 1870. Malgré les soins, cette blennorrhagie mit six mois à disparaître, et même pendant trois ans l'écoulement revenait sans cause appréciable, si ce n'est à l'occasion des temps humides, coïncidence dont le malade avait remarqué l'étrangeté. L'écoulement durait

quelques jours et s'accompagnait d'une rougeur vive du méat et d'un sentiment de chaleur dans l'urèthre, même en dehors de la miction.

Malgré une petite attaque de rhumatisme, l'écoulement ne reparut pas depuis 1875, mais au mois d'avril 1879, en même temps que des douleurs dans différentes articulations, l'écoulement reparut 25 jours après le dernier coït; le malade n'avait fait aucun excès de boisson. L'écoulement devint verdâtre, le méat était rouge et la miction accompagnée d'un sentiment de cuisson dans le trajet du canal. Cet écoulement disparut au bout de quelques jours, en même temps que les douleurs rhumatismales.

Dans certains cas, on a vu les douleurs rhumatismales alterner avec l'écoulement. (Jagersmid. — *Abeille méd.*, 1830.) G.

---

Du BUBON D'EMBLÉE, par Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi, 1880.

M. le Dr Mauriac, dans un mémoire intitulé : « *Etude clinique et critique sur quelques ulcérations de l'aine, et en particulier sur le* BUBON D'EMBLÉE », critique les principales observations de bubon virulent survenant « d'emblée » sans chancre préalable. Après avoir démontré qu'aucune de ces observations ne se trouve complètement à l'abri de toute contestation, il pose les conclusions suivantes :

1° Parmi les rares observations de bubon d'emblée chancrelleux, aucune n'est complète et inattaquable ;

2° Dans toutes il manque au moins l'une des conditions indispensables pour qu'on puisse admettre l'existence de cette espèce d'adénite virulente ;

3° Ces conditions étiologiques et pathologiques sont : *a*. l'intégrité, dûment constatée avant et après la contamination et jusqu'à l'apparition de l'adénite, des organes génitaux et de tout le territoire dont les vaisseaux lymphathiques se rendent aux ganglions inguinaux ; *b*. la brièveté de l'incubation ; la rapidité du processus ; et, enfin, comme critérium expérimental, l'inoculation ;

4° Aucune donnée physiologique, aucune disposition anatomique ne permettent de croire que les cellules du pus chancrelleux puissent pénétrer directement et sans effraction dans le réseau des lymphatiques ;

5° Du moment que le pus pénètre par une solution de continuité dans les lymphatiques, il est impossible qu'il ne la convertisse pas en chancre ;

6° Le bubon d'emblée chancrelleux et le bubon d'emblée syphilitique ne doivent pas être admis. G.

---

GANGRÈNE DU SCROTUM, A LA SUITE D'ORCHITE BLENNORRHAGIQUE ; GUÉRISON, par REUSS. (*Journal de thérapeutique*, mars 1880.)

Les cas de gangrène du scrotum survenant à l'occasion d'une orchite blennorrhagique sont rares. L'auteur n'en connaît que trois exemples (Baumès, Curling, Arnaud. — *Mémoires de chirurgie*). Aussi s'empresse-t-il de publier l'observation suivante que nous analysons.

Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années, un peu affaibli, sans diathèse apparente, qui contracta une blennorrhagie le 24 décembre 1879. Mal soignée, cette blennorrhagie se compliqua d'une orchite double.

*Le* 9 *janvier* 1880. — Le scrotum est volumineux, tendu, luisant et très douloureux. Le malade garde le lit. Les deux épididymes sont gonflés, doublés de volume. L'uréthrite est intense ; depuis deux jours le malade n'urine presque pas, quelques gouttes au bain non sans de vives souffrances. Langue sèche et rugueuse, fièvre intense, constipation, insomnie.

Sangsues au périnée, onctions mercurielles belladonées, cataplasmes, purgatifs diurétiques, bains, etc.

10 *janvier*. — L'orchite a augmenté, fièvre toujours vive. Le malade refuse énergiquement les mouchetures qu'on lui propose.

11 *janvier*. — Même état général, de plus, un point de sphacèle apparaît à la partie inférieure du scrotum du côté droit.

12 *janvier*. — L'eschare augmente de largeur.

13 *janvier*. — Toute la bourse droite est envahie. La gangrène se limite.

14 *janvier*. — Amélioration légère de l'état général.

15 *janvier*. — Chute de l'eschare dans le bain. Le testicule droit est à nu. L'orchite est presque disparue des deux côtés. L'écoulement urétral est supprimé.

9 *février*. — Le malade peut se lever en soutenant ses parties dans un suspensoir ouaté. Pansement phéniqué au quinzième et plus tard au vingtième.

25 *février*. — La plaie est entièrement cicatrisée, le scrotum est moins long que du côté sain, mais le testicule a du jeu dans la cavité vaginale, le malade n'éprouve ni gêne ni douleur. Guérison complète.

Malgré un pansement phéniqué à une forte solution sur une vaste surface. en suppuration, on n'a constaté à aucun moment les symptômes de l'intoxication phéniquée; la couleur des urines n'a jamais changé.

L'auteur de cette intéressante observation la fait suivre des réflexions suivantes :

Si le malade avait voulu se laisser faire les mouchetures suivant la méthode de Velpeau, il eût probablement évité la grave complication de la gangrène, et une déformation du scrotum qui, si elle n'est pas gênante, ne laisse pas d'être désagréable. G.

---

TRAITEMENT DES AFFECTIONS BLENNORRHAGIQUES PAR LE BAUME DE GURJUN. (*France médicale*, 1880.)

Suivant M. Vidal, dans le cas de blennorrhagie chez l'homme, la meilleure formule à prescrire pour l'usage interne est la suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Baume de Gurjun. . . . . . . . . . | 4 | grammes. |
| Gomme arabique . . . . . . . . . . | 4 | — |
| Infusion de badiane . . . . . . . . . | 40 | — |
| Sirop de cachou ou sirop diacode. . | 20 | — |

(Mêler.)

Prendre cette potion en deux fois au moment des deux repas principaux. Avaler un verre de vin aussitôt après.

Nous avons essayé ce médicament dans le service de M. Horteloup, à l'hôpital du Midi où, chacun le sait, florit la chaudepisse : les résultats obtenus ont été détestables.

GIBIER (de Savigny), interne à l'hôpital du Midi.

---

DE LA FOLLICULITE CHANCREUSE DE LA VULVE, OU DU CHANCRE MOU FOLLICULAIRE, par GOUGUENHEIM et BRUNEAU. — Communication faite à la Société médicale des Hôpitaux, le 9 avril 1880.

*Historique.* — Huguier est le premier qui ait parlé de cette affection, dans un mémoire publié en 1850. Ricord n'en fait pas mention. Cullerier en donne un dessin et une description. L'article *Chancre* du *Dictionnaire de Jaccoud,* par M. Fournier, le *Traité des maladies*

*vénériennes*, de Jullien, sont les seuls travaux où il en soit question.

*Étiologie; siège.* — Résultat d'un contact direct, le chancre mou folliculaire semble se localiser plus spécialement sur les éléments pilo-sébacés du tégument externe (grandes lèvres), plus souvent sur leur face externe que sur leur face muqueuse, plis génito-cruraux, cuisses, etc.

*Symptômes.* — Isolée, la folliculite chancreuse est indolente. Lorsqu'elle est accompagnée d'une vaginite, le contact du pus vaginal détermine une véritable cuisson et hâte l'évolution des boutons. Elle débute ordinairement par un point rouge, circulaire, papuleux, gros comme une tête d'épingle, isolément ou accompagnée de plusieurs points semblables. Leur partie centrale est percée d'un fin pertuis, on laisse passer un ou plusieurs poils. Au bout de 24 ou 48 heures, la papule augmente de volume; son cercle devient saillant, tandis que son centre se déprime. Cette dépression se fait lentement ou par la rupture d'une vésico-pustule blanchâtre. En cinq ou six jours, ces boutons atteignent le volume d'une lentille ou même d'un haricot. L'ouverture centrale est cratériforme, à bords taillés à pic et comme déchiquetés; ou bien le pertuis punctiforme du début s'est simplement élargi au point de laisser passer un stylet.

Au toucher, le bouton est dur, roule sous les doigts. La pression, un peu douloureuse, en fait sortir un liquide purulent peu abondant. Le nombre des boutons varie de cinq à vingt.

Dans les observations où elle existait seule, elle n'était pas compliquée d'adénite. Elle peut être accompagnée de chancres mous.

*Marche.* — Variable suivant les cas : tantôt la lésion perd sa forme boutonneuse pour devenir franchement un chancre mou ordinaire; tantôt l'état boutonneux persiste, la partie centrale sécrète fort peu; le fond est rempli par une masse jaunâtre qui s'élimine lentement. Le bouton s'affaisse, l'induration tend à disparaître. Il ne reste plus alors qu'une dépression étoilée ou une tache violacée.

*Durée.* — Lorsqu'elle a pris les caractères du chancre mou, elle en suit la marche; autrement elle dure de 3 à 4 semaines.

*Traitement.* — Badigeonnage avec une solution de nitrate d'argent au cinquième et pansement à l'iodoforme dans les cas ulcéreux.

Les conclusions suivantes posées, par les auteurs, complètent cette description :

1° La folliculite chancreuse, ou chancre mou folliculaire, est une affection qui atteint le plus souvent la face externe des grandes lèvres;

2° Elle présente un caractère boutonneux spécial qui l'a fait souvent confondre avec la folliculite vulvaire aiguë simple ;

3° L'état folliculaire peut persister pendant toute la durée de la maladie ;

4° Cet état peut disparaître pour faire place à l'aspect chancreux ordinaire ;

5° Le chancre simple coïncide souvent avec la folliculite chancreuse ;

6° Elle peut exister seule ;

7° Les complications du côté de l'aine sont rares ;

8° Elle évolue en l'espace de 3 ou 4 semaines ;

9° Elle est inoculable ;

10° L'inoculation, contrairement à ce que l'on observe pour le chancre mou, a présenté dans quelques cas une durée d'incubation de huit à vingt jours ;

11° Lorsqu'il n'y a pas coïncidence de chancre mou, le diagnostic ne peut être fait que par l'inoculation ;

12° La plupart des observations de folliculite vulvaire aiguë simple suppurée, reproduites par les auteurs sans le critérium de l'inoculation, doivent être regardées comme des cas de folliculite chancreuse ;

13° L'existence de la folliculite vulvaire aiguë simple suppurée est donc hypothétique ;

14° La folliculite secondaire suppurée pourrait bien n'être qu'un chancre mou folliculaire évoluant sur un terrain syphilitique.

## DISCUSSION.

M. Fournier ne croit pas la folliculite aiguë simple aussi hypothétique que semble l'admettre M. Gouguenheim. Il présente des moulages de cette lésion, qu'il reconnaît d'ailleurs peu fréquente. Les mamelons en sont, ajoute-t-il, moins gros, la terminaison est plus rapide et n'offre pas la dégénérescence chancreuse. D'ailleurs l'inoculation sera toujours souverain juge.

Il appelle l'attention sur le fait du résultat tardif des inoculations de folliculite chancreuse : ce sont là des cas exceptionnels. Dans le cas de chancre simple, on a ordinairement un résultat non douteux au bout de 24 heures ; M. Gouguenheim n'aurait-il pas pratiqué des inoculations hypodermiques ou intradermiques et non sous-épidermiques, ce qui retarde toujours l'éclosion des phénomènes ? Il est vrai qu'il s'agit ici de retards de 18 et même de 20 jours.

M. Fournier retrace l'aspect des deux variétés de folliculite syphilitique : 1° La folliculite hypertrophique sèche, série de

mamelons hémisphériques pleins, résistants, rouges, indolores, siégeant sous la peau ou les muqueuses, ombiliquées au sommet que souvent traverse un poil ; 2° la folliculite ulcéreuse : c'est la forme précédente ulcérée, puis abcédée par ouverture d'un foyer de suppuration centrale. Elle se distingue du chancre mou, qu'elle simule, parce qu'elle reste plus longtemps folliculaire (de 2 à 3 semaines) et donne des résultats négatifs par l'inoculation.

On observe des folliculites agminées formant sur la peau une tumeur *framboesoïde*, entourée de folliculites isolées ; l'ulcération consécutive peut atteindre plusieurs centimètres d'étendue. Longtemps M. Fournier a cru à des lésions folliculaires, mais un récent examen histologique a montré une hyperplasie périfolliculaire ; il ne croit pas cependant devoir proposer le terme de *périfolliculite*.

M. Gouguenheim n'a pas nié la folliculite aiguë simple, il a seulement des doutes sur la plupart des observations où l'inoculation n'est pas relatée. Il pratique toujours l'inoculation à l'hôpital de Lourcine, et a vu des chancres mous ne pas donner de résultats positifs : n'a-t-il pas eu affaire à des lésions très semblables, mais de nature différente ? Il ajoute que toutes ses inoculations ont été sous-épidermiques.

M. Fournier pense que, lors d'inoculation négative de chancres mous d'aspect incontestable, on était devant des cas de syphilides ulcéreuses chancriformes ou de certaines ulcérations scrofuleuses peu connues, presque impossibles à distinguer par les signes objectifs seuls.

G.

---

Déformations vulvaires produites par la défloration, la masturbation, le saphisme et la prostitution. — Leçons de Martineau, recueillies par Coudray, interne des hôpitaux.

Des habitudes vicieuses, des exagérations des fonctions, peuvent causer des déformations des organes génitaux externes de la femme. Ces déformations se rencontrent aussi bien chez la vierge, la femme mariée, que chez la prostituée. Elles sont le résultat d'une *défloration difficile*, de la *masturbation*, du *saphisme* ou de la *prostitution*.

1° La *défloration violente* détermine des déformations d'autant plus appréciables qu'il s'agit d'un sujet plus jeune. Outre les causes connues qui facilitent la production de ces déformations, comme la disproportion des organes génitaux, M. Martineau signale la hauteur du périnée qui, chez certaines femmes, est telle que la fourchette semble portée vers le pubis.

Chez les petites filles, les déformations consistent en un développement prématuré des organes génitaux, et dans la présence d'une sorte d'infundibulum analogue à celui que l'on a décrit à l'anus des individus adonnés à la pédérastie.

L'hymen est ordinairement déchiré, parfois cependant il est refoulé au fond de l'infundibulum.

Les déformations vulvaires qui suivent la *masturbation* se rencontrent chez toutes les femmes de la société.

Ces pratiques amènent différents troubles portant sur le système nerveux et sur la nutrition, et si elles ne créent pas de toutes pièces la métrite, elles favorisent son passage à la chronicité et facilitent les rechutes et les récidives.

La masturbation se pratique avec le doigt, avec les cuisses fortement frottées l'une contre l'autre ou au moyen de la langue. Dans ce dernier cas elle a reçu le nom de saphisme ou de tribadisme.

Les déformations siègent sur le clitoris et les petites lèvres. Elles résultent de la turgescence réitérée de ces organes. Le gland du clitoris et son capuchon sont hypertrophiés, et de trois centimètres, la longueur du clitoris peut être portée au double. Le gland clitoridien est rouge, allongé, dépasse le capuchon et est quelquefois procident. Le capuchon est lâche, allongé, ridé.

Les petites lèvres sont allongées, plus épaisses, mais flasques, pendantes, triangulaires ; de roses qu'elles étaient, elles sont actuellement brunes ou ardoisées, leur face interne est parsemée de points jaunâtres, saillants, formés par des glandules hypertrophiées. Le méat urinaire est béant, et M. Martineau n'est pas éloigné de croire que certaines incontinences d'urine chez les petites filles, et même chez les femmes, procèdent de la masturbation.

Quand la masturbation est faite par le frottement des cuisses fortement croisées, le gland clitoridien est dur, volumineux, proéminent et se termine en massue. Le capuchon et les petites lèvres sont moins développées que dans la manuélisation.

Quelles sont les déformations que produit le *saphisme* ou *tribadisme*? C'est un point intéressant que M. Martineau n'a pas voulu laisser dans l'ombre.

D'après lui, si cette pratique est très en honneur (ce sont ses expressions) chez les femmes qui peuplent l'hôpital de Lourcine, elle est loin d'être dépréciée par les femmes du monde dans toutes les classes de la société, tant chez la femme mariée que chez la femme galante. Ses caractères sont difficiles à apprécier, car ils sont souvent marqués par les déformations résultant de la manuélisation. Le saphisme est très fréquent dans les harems orientaux. Il m'a semblé, dit l'auteur, que

dans cette pratique contre nature le capuchon était plus hypertrophié que le reste de l'organe, et lorsque le clitoris est proéminent, en massue, c'est que dans l'acte du saphisme il n'y a pas eu seulement friction, mais succion de l'extrémité du clitoris.

Pour combattre les funestes effets de ces pratiques, l'auteur conseille de rechercher les causes provocatrices et de les attaquer (prurit vulvaire, métrite, oxyures, etc.).

La prostitution, suivant M. Martineau, ne donne lieu à aucunes déformations spéciales, si ce n'est à celles qui résultent des abus de coït. Ainsi, chez une jeune fille de 18 ans, non syphilitique, déflorée depuis six mois seulement, qui n'avait pas eu d'enfants, n'avait fait aucune fausse couche et n'était adonnée ni à la masturbation, ni au saphisme, le savant médecin de Lourcine trouva une vulve rappelant celle d'une femme de 40 ans, ayant eu des enfants.

Etonné de cette particularité, il questionna la jeune fille sur sa manière de vivre et celle-ci lui avoua que depuis six mois il ne s'était pas passé un seul jour sans qu'elle se livrât au coït trois ou quatre fois. Cette fille avait une métrite, ce qui n'a rien d'étonnant !

Sans refuser toute valeur à ces déformations, il faut reconnaître qu'elles ne caractérisent pas la prostitution ; elles peuvent manquer chez les prostituées les plus actives et chez une jeune fille elles peuvent tout au plus indiquer des abus excessifs du coït. G.

---

### Procédé de Bardinet, de Limoges, pour la réduction du paraphimosis.
(*J. de la Soc. de méd. de la Haute-Vienne* et *Concours méd.*)

Lemaistre rend compte, en ces termes, du procédé employé un jour par Bardinet qu'il avait fait appeler après avoir échoué dans une tentative de réduction de paraphimosis.

Ayant essayé, en vain, les méthodes ordinaires, Bardinet glissa sous l'étranglement trois épingles à cheveux à une certaine distance les unes des autres après avoir rapproché leurs extrémités. Il tira alors sur le prépuce dont le limbe *strangulateur* glissa sur ces sortes de ponts en comprimant le gland et sans être arrêté par le sillon balano-préputial.

Il est douteux que ce procédé réussisse dans tous les cas. Malgré toutes les précautions, comme au bout de quelques jours, parfois plus rapidement, les téguments adhèrent à la partie supérieure de la verge, la réduction ou simplement les tentatives de réduction amènent une

solution de continuité. Cet accident arrive d'autant plus facilement que les tissus se sphacèlent dans le point où se forment ces adhérences.

Aussi quand l'adhérence est un fait accompli, les tentatives de réduction, comme nous l'a montré depuis longtemps notre savant maître, M. le Dr Horteloup, sont inutiles : le sphacèle est très limité et quand la guérison est faite, il ne reste plus qu'un jabot flasque et difforme que le malade peut se faire enlever par une opération presque insignifiante.

Dans un cas où la réduction était empêchée par un gland turgide, volumineux et dur, nous avons comprimé celui-ci pendant quelques minutes avec une bandelette de caoutchouc après l'avoir essuyé avec soin pour éviter le glissement de la bande. La réduction se fit relativement avec facilité. G.

---

Prostatite chronique, abcès chroniques. — Traitement de la goutte militaire. — Leçon de Terrillon recueillie par Ch. Leroux, interne des hôpitaux. (*Journal des connaissances médicales*, de V. Cornil, 1880.)

Après avoir étudié la prostatite aiguë (voir *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, n° 2, 1880), M. Terrillon aborde l'étude de la prostatite chronique.

Ici le diagnostic n'est pas toujours facile, les symptômes font à peu près défaut, surtout les symptômes douloureux. Plusieurs signes existent cependant, difficiles à saisir : parfois une légère douleur au début de la miction et la sortie, avec les premières gouttes d'urine, d'un liquide blanchâtre, liquide prostatique, que le malade voit également s'écouler par son urèthre après les derniers « coups de piston » ou au moment de la défécation. Ce liquide, que l'on a longtemps pris pour du sperme, ne contient pas de spermatozoïdes et provient de la prostate. Parfois il est assez abondant pour simuler une demi-éjaculation. La prostatite chronique succède le plus souvent à une prostatite aiguë qui, elle-même, reconnaît pour cause la blennorrhagie. Souvent il n'existe qu'une légère goutte de muco-pus le matin, quand le malade presse son méat.

D'autres signes non moins importants doivent être recherchés par le chirurgien. Nous laisserons la parole à notre collègue Leroux, interprète de M. Terrillon, pour reproduire ici ce passage important où il est question de la cure de la goutte militaire, désespoir des médecins,

et surtout des malades que cette affection plonge souvent dans l'hypochondrie :

« Tout d'abord, l'exploration de l'urèthre avec une bougie à boule doit être pratiquée. On introduit d'emblée une boule assez volumineuse, si toutefois il n'y a pas de rétrécissement.

« Aussitôt qu'on arrive au niveau de la portion membraneuse, chez beaucoup d'individus, surtout chez ceux qui sont irritables et nerveux, on rencontre une légère résistance due à la contracture du sphincter de cette région. Jusque-là il n'y a aucune douleur notable ; mais à peine a-t-on passé ce léger obstacle qu'aussitôt la douleur devient vive, cuisante, et le malade accuse une violente envie d'uriner. Si vous pénétrez plus loin, la douleur disparaît, car vous avez pénétré dans la vessie. En retirant l'olive les mêmes phénomènes se reproduisent, mais en sens inverse : c'est donc le frottement de l'olive sur la région malade qui provoque cette douleur vive.

« Dans le plus grand nombre des cas, dans les vieilles prostatites chroniques, on ramène avec l'explorateur un peu de liquide légèrement jaunâtre. De plus, si après avoir pressé sur la prostate par le toucher rectal on produit une pression analogue sur le canal de l'urèthre, depuis la racine des bourses jusqu'au méat, on peut amener une gouttelette de ce liquide prostatique jusqu'à l'entrée du canal.

« Si nous poussions plus loin cette étude, nous verrions que tout malade atteint d'irritation chronique de la région profonde de l'urèthre est menacé, au moindre excès, d'une poussée de prostatite aiguë ou d'un abcès de la prostate ; ce sont, en effet, ces malades atteints de prostatite chronique qui peuvent, d'un moment à l'autre, avoir une poussée aiguë secondaire telle que nous l'avons étudiée dans les leçons précédentes.

« Je termine, Messieurs, par le traitement de cette affection qui est le plus sage aujourd'hui. Ce traitement, perfectionné par M. le professeur Guyon, m'a donné jusqu'ici un certain nombre de résultats excellents ; c'est la cautérisation légère du point malade. Lallemand employait le nitrate d'argent en nature ; mais cette cautérisation est souvent fort douloureuse et quelquefois trop énergique.

« M. Guyon instille quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent au centième ou au cinquantième.

« Si vous avez suivi les phases de l'exploration de l'urèthre telle que je vous l'ai décrite, vous saisirez facilement le procédé opératoire. M. Guyon se sert d'une tige creuse, terminée par une petite boule également creuse et perforée. A cette bougie il adapte une seringue de Pravaz, qui contient la solution caustique, ce qui lui permet d'instiller le nombre de gouttes nécessaires. On visse alors la seringue sur l'ex-

trémité de la bougie, on amorce, c'est-à-dire que l'on fait arriver le liquide à fleur de l'orifice de l'olive, puis on introduit la bougie. Aussitôt que le malade accuse une douleur un peu vive, on s'arrête, car l'olive a atteint le point malade. On instille alors avec la seringue de Pravaz deux, quatre, huit gouttes, etc. J'emploie, selon les cas, une solution au cent cinquantième, au centième rarement, au cinquantième. Il est souvent préférable de ne pratiquer l'instillation que lorsqu'on provoque de la douleur localisée en retirant la boule préalablement introduite dans la vessie.

« Cette cautérisation détermine, en général, peu de douleur, c'est plutôt une sensation de chaleur qu'éprouve le malade. Au bout de quatre à cinq jours, il rend une petite membrane blanchâtre entraînée par le mucus. On peut renouveler à plusieurs reprises cette cautérisation. C'est, en somme, un moyen délicat et souvent efficace ; mais il ne faut pas oublier que chaque fois que chez un sujet atteint de prostatite chronique on provoque une irritation quelconque, on s'expose à provoquer le développement d'une orchite par propagation de l'inflammation aux canaux déférents. En agissant graduellement et avec prudence on évitera le plus souvent cet accident. »

Les abcès chroniques appartiennent, dans la plupart des cas, à la tuberculose génitale. G.

---

# REVUE ÉTRANGÈRE.

## DERMATOLOGIE.

Observation de diathèse lymphogène a formes cutanée, léontiasique, ganglionnaire, hépatique et leucocythémique, par le Dr Philippart, de Tournai. (Communiquée à l'Académie royale de médecine de Belgique dans la séance du 21 avril 1880.)

### I. — Observation

Madame Ch..., âgée de 40 ans, née de parents sains, à Mourcourt, village situé près de Tournai (Hainaut), douée d'un tempérament lymphatique, de belles formes extérieures, se maria, à l'âge de 25 ans, à un homme que la phtisie pulmonaire emporta en 1875. Elle eut six enfants, tous bien portants, sauf une petite fille, qui porte une gibbosité dans la région dorsale. Il y a douze ans, elle eut une affection herpétique, à laquelle elle ne fit pas atten-

tion et qui disparut sans l'emploi d'aucun remède. La menstruation n'a jamais été troublée et continue régulièrement, mais un peu plus abondamment. Jusque dans ses derniers moments, elle ne sait á quelles causes attribuer le mal qui la tourmente. Son hygiène fut toujours irréprochable, sauf pendant deux années de la maladie de son époux. Profondément attachée à ses devoirs, elle se dévoua le jour et la nuit pour lui et se priva des choses les plus nécessaires, pour subvenir aux besoins de son cher malade. Avant la maladie de ce dernier, elle pesait 64 kilogrammes, et deux ans aprés, la fatigue, les veilles, les inquiétudes, l'insuffisance de l'alimentation et peut-être déjà la présence de la diathèse désorganisatrice qui devait bientôt se révéler, produisirent, chez elle, une telle débilité que son poids tomba à 43 kilogrammes. A dater de cette époque, c'est-à-dire de quatre ans (date de sa mort), sans sa manifestation préalable aucune du côté de la peau, sans aucun symptôme prémonitoire, sauf la débilité mentionnée plus haut, madame Ch..., aperçut une petite bosse (c'est son expression) en avant de l'oreille droite, sur la région temporo-maxillaire. Peu de temps après, à des intervalles plus ou moins éloignés, sans signes avant-coureurs, d'autres tumeurs, les unes plus petites, comme un noyau de cerise, les autres plus grosses, n'excédant pas la grosseur d'un œuf (tumeur de la région sourcillière gauche) se développèrent successivement au-dessous et dans le cuir chevelu, la peau du front, des sourcils, des paupières, du nez, des joues et de la nuque, à tel point que la tête avait quelque ressemblance avec celle du lion et représentait ainsi le *léontiasis* des Grecs.

Jusque-là, les autres régions de la surface extérieure du corps n'en avaient pas présenté, et les viscères internes, explorés avec attention, surtout du côté de l'abdomen, n'avaient révélé aucune lésion matérielle.

On peut voir, par les deux photographies ci-jointes (1), dont l'une présente les 3/4 du côté gauche de la tête, et l'autre les 3/4 du côté droit, les déformations du crâne et de la face, produites par les tumeurs.

Le cou ne tarda pas à se développer, ainsi que l'attestent ces photographies. Le ramollissement et l'ulcération de ces tumeurs ont toujours fait défaut. La résorption s'est même opérée dans quelques-unes; c'est ainsi que la première manifestation en avant de l'oreille droite, après avoir pris un développement assez considérable, est disparue sans laisser aucune trace. Par contre, il en est survenu une autre sur la base du tragus de la même oreille qui déjà a pris un certain développement.

La peau, qui recouvre ces tumeurs du crâne, lisse, luisante, a une couleur rouge brunâtre, comme celle du marron, de l'acajou ou de la lie de vin; les vaisseaux capillaires, qui entourent et sillonnent ces tumeurs rougeâtres, fongueuses, sont développés, variqueux et remplis de sang veineux, brun noirâtre. Cette vascularité de la peau, qui recouvre et entoure les tumeurs, ne s'est manifestée que longtemps après l'apparition de ces dernières. Voici le mode apparent de leur développement: tout au début, la petite nodosité qui les constituera et qui n'excède pas le volume d'un grain de colza, est déposée sous la peau, dans l'épaisseur du tissu conjonctif; elle ne se laisse reconnaître que par le doigt, qui doit la rechercher, en se promenant et en s'appuyant légèrement sur la peau; puis elle augmente graduellement, lentement de volume, fait relief et présente plus tard une tache

(1) Voy. *Bullet. acad. roy. de méd. de Belgique*, avril 1880.

brunâtre, légèrement enfumée, commencement de la vascularité. Au fur et à mesure que ces tumeurs prennent du développement, cette tache grandit, prend la couleur rouge brunâtre ou violacée, signalée plus haut ; des vaisseaux capillaires se dessinent nettement et prennent l'aspect variqueux, sur un fond blanchâtre. Au premier aspect, on prendrait le volume énorme des paupières, qui masquent les yeux, pour de l'œdème; mais le palper rectifie aussitôt cette illusion et fait reconnaître un tissu élastique, molasse, fongueux. La piqûre de l'emporte-pièce histologique que j'ai plongée un jour dans la tumeur sus-orbitaire gauche, pour en retirer une parcelle pour le microscope, a fourni assez de sang pour m'obliger à excercer pendant un moment la compression digitale, et a démontré par là la grande vascularité du néoplasme. Les globes oculaires, complétement masqués par le développement morbide des paupières, étaient indemnes. Les poils, qui constituent les sourcils, conservent leur vitalité.

Après cette manifestation du mal, du côté de la peau, du cuir chevelu et de la face, vinrent celles de la muqueuse des fosses nasales, de la voûte du palais, de la langue et du pharynx. Une tumeur assez volumineuse avait obstrué la fosse nasale gauche, au point d'intercepter l'entrée et la sortie de l'air. Cette tumeur était rouge, sessile et saignait de temps à autre, mais peu.

La voûte du palais et la face supérieure de la langue, présentaient en relief de petites tumeurs, non vasculaires, du volume d'un grain de chenevis.

Plus tard, le pharynx se prit lui-même; l'amygdale gauche se tuméfia à tel point que la déglutition des aliments devint impossible et nécessita l'alimentation par la voie rectale, à l'aide de lavements de bouillon et de vin; cet état dura dix jours.

Les ganglions lymphatiques du cou, du thorax, et les mamelles, s'altérèrent à leur tour, et ce ne fut que plus tard, six mois environ avant la mort, que le foie accusa sa participation au désordre de l'économie. L'exploration réitérée de l'hypochondre gauche ne fit jamais rien découvrir du côté de la rate. La glande thyroïde conserva son intégrité ; mais il n'en fut pas de même des ganglions lymphatiques. Ceux du cou, notamment du côté gauche, prirent un développement considérable, en avant, en arrière, en dedans et en dehors. Ils étaient moins volumineux à droite, et ils formaient, au-dessous du maxillaire inférieur, comme un deuxième menton par leur relief. Ils s'étendaient jusqu'à la fourchette du sternum et plongeaient même derrière cet os et les calvicules dans la profondeur de la cavité thoracique. Les aisselles, surtout l'aisselle gauche, ne tardèrent pas à être comblées par leur masse, et la région antérieure de la poitrine présentait quelques-unes de ces tumeurs, mais peu volumineuses.

Les mamelles, jusque-là petites, flasques et pendantes, augmentèrent de volume, reprirent leur forme conique et leur fermeté, comme dans la jeunesse; elles acquirent une consistance plus grande qui rappelait celle du marbre. Le développement de ces tumeurs ganglionnaires s'arrêta là : le reste du tronc et les membres, tant supérieurs qu'inférieurs ,en furent exempts. Jamais elles ne présentèrent aucun symptôme de ramollissement, d'inflammation ou d'ulcération; partant elles conservèrent leur induration primitive, et aucune d'elles ne se résorba. Comme les néoplasmes de la tête, elles étaient sillonnées par des vaisseaux veineux, variqueux, remplis d'un sang brun noirâtre.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, les viscères abdominaux restèrent longtemps sans accuser leur présence par aucun symptôme. L'hypochondre gauche, que je percutais et que je palpais souvent, ne me révéla jamais rien du côté de la rate; mais six mois environ avant la mort de la malade, l'hypochondre droit commença à se tuméfier, à présenter de la rénitence et de la matité au-dessus du rebord des côtes. Ces symptômes étaient dus à l'hypertrophie du lobe gauche du foie, qui s'étendait obliquement du creux de l'estomac jusque dans la fosse iliaque droite; sa face concave ou inférieure était dirigée à gauche. A part l'anorexie qui empêchait la malade de prendre la quantité et la qualité des aliments réclamés par son état, et l'impossibilité temporaire de la déglutition, la digestion n'était pas troublée. Jamais il n'y eut de diarrhée ni d'hémorragie intestinale.

La respiration était parfois gênée.

Le pouls était régulier, mais petit, faible et battait 80 fois. Le cœur présentait parfois des battements précipités qui, joints à des tressaillements nerveux et à des angoisses précordiales, lui faisaient craindre l'approche de la mort. La température a toujours été normale, sauf dans certains érythèmes de la face, où elle était augmentée et suivie d'une aggravation dans l'état des tumeurs.

Après l'apparition de la tumeur hépatique, la défaite de l'organisme commença à se présenter : la malade s'affaiblit davantage et plus rapidement; son cœur s'en allait, disait-elle, elle le sentait mourir; l'amaigrissement devenait beaucoup plus prononcé; la peau se décolorait et prenait l'apparence de la cire blanche vieillie et, chose étonnante, toutes les tumeurs extérieures du cuir chevelu, de la face, de la bouche, des fosses nasales, du cou, des aisselles et de la poitrine, autrefois si volumineuses et si turgescentes, s'affaissèrent, les mamelles, si développées et si dures, se ramollirent, devinrent flasques et pendantes; elles étaient abandonnées par la vie. Tandis que l'amaigrissement devenait extrême, le gonflement de l'hypochondre droit trahissait l'hypertrophie du foie. La mort arriva le 30 avril 1879. L'autopsie, faite le lendemain, en présence de mon honorable confrère Duhem, me permit de prendre des fragments des tumeurs : 1° du cuir chevelu; 2° de la paupière droite ; 3° de la paupière gauche ; 4° de la région cervicale gauche ; 5° de la mamelle gauche ; 6° du foie ; 7° des granulations d'un pigment noir, déposé à la face concave du foie et sur la portion correspondante du péritoine qui revêt le cœcum et le colon ascendant.

Le tissu de ces diverses parties présentait, dans toutes, les mêmes caractères physiques. Tous ces organes, sauf le foie, étaient exsangues, affaissés et offraient à l'œil nu un aspect gris-jaunâtre, analogue au tissu des capsules surrénales ; il ne restait plus que leur trame. Le foie avait conservé son hyperplasie, s'étendait obliquement de l'appendice xyphoïde jusque dans la fosse iliaque droite ; son tissu était dur et criait sous le scalpel; il était gorgé d'un sang de couleur rouge-brunâtre.

Vues au microscope, toutes ces tumeurs présentaient la structure réticulée caractéristique du tissu adénoïde, et contenaient dans leurs mailles les éléments du sang. Ce sang, soumis également au miscroscope de savants histologistes, a présenté un excès considérable de globules ovalaires, de cellules embryonnaires, qui sont, d'après les meilleurs auteurs, des globules blancs du sang, des leucocythes. Déjà, dans le cours de la maladie, un fragment que l'emporte-pièce histologique avait ramené, m'avait donné les

mêmes renseignements; mais les leucocythes étaient alors infiniment moins considérables, moins nombreux.

La malade a usé et abusé de tous les remèdes. Crédule et désireuse de guérir, elle a employé les moyens naturels et surnaturels. Parmi les premiers, je citerai les préparations iodées, nótamment l'iodure de potassium, dont elle a été saturée, le mercure, le fer, le quinquina, l'arsenic, l'huile de foie de morue, les alcalins, l'hydrothérapie ; il faut ajouter à cette longue liste une alimentation aussi réparatrice que possible. Aucun moyen n'a pu enrayer la marche fatale de ce singulier travail désorganisateur.

### II. — Réflexions

« Il y a des analogies réelles et saisissantes entre la lèpre tuberculeuse des Grecs et certaines manifestations de la diathèse, à tel point que M. Bazin, dermatologiste bien connu, a cherché à rapprocher ces dernières de la première, et qu'il a proposé même le nom de *lèpre indigène* ou *mycosis fongoïde* ou *lymphadémie cutanée*. Klotz, de Berlin, médecin très versé dans le diagnostic des maladies de la peau, suivant un jour la visite de M. Bazin, n'hésita pas à reconnaître une lèpre tuberculeuse sur un malade affecté de *mycosis fongoïde*. Comme lui, j'ai cru un moment que le sujet de cette observation était affecté de léontiasis, forme de la lèpre tuberculeuse. La limitation longtemps prolongée (2 ans) des tumeurs de cuir chevelu et de la face, l'absence de toute autre lésion, l'évolution de ces néoplasmes, leur couleur, leur forme, leur vascularité, la déformation horrible des traits semblaient imposer cette croyance. Mais une étude plus attentive du cas, son évolution aberrante ultérieure, l'apparition d'autres localisations et enfin le microscope me firent rejeter cette idée, pour reconnaître la présence de la diathèse lymphogène. L'identité de structure des ganglions lymphatiques hyperplasiés, les néoplasmes du cuir chevelu, de la face, des mamelles et du foie me semblent démonstratifs et difficiles à comprendre sans une disposition spéciale de l'organisme, inconnue dans son essence, et qu'on désigne sous le nom de *diathèse lymphogène*. Cette structure, on le sait, consiste dans un réseau conjonctif spécial, dont les mailles sont infiltrées de cellules lympathiques ou globules blancs ; et ce tissu lui-même est le tissu Adénoïde de His, dont tous les organes lymphoïdes sont formés. On croit pouvoir lui attribuer la formation des globules blancs dans l'état de santé. »

---

Beobachtungen über alopecia areata (observations sur l'alopécie en aires), par H. Eichhorst, professeur à l'Université de Gôttingue.

I

Après le remarquable article de critique publié par Merklen, interne de l'hôpital Saint-Louis, sur la pelade, nous n'avons plus à revenir sur l'exposé de la question. Depuis Gruby, la nature de la pelade est restée litigieuse, et aujourd'hui encore la discussion est toujours ouverte. Dans chaque pays on trouve des partisans convaincus de la nature parasitaire de l'affection, en présence d'adeptes déclarés de l'opinion contraire. Nous n'avons pas à reproduire les arguments qui ont été proposés pour ou contre, ni a énumérer les noms des auteurs qui ont pris part, à différentes époques, à cette controverse. On trouvera toutes ces données exposées d'une manière très détaillée et très précise, dans l'étude que nous venons de rappeler.

Nous ne voulons retenir ici qu'un point de la question, c'est qu'il existe des cas de contagion qui sont aussi nombreux (faits de MM. Hardy, Lailler, Ernest Besnier, etc.), et qui paraissent aussi évidents que ceux dans lesquels la maladie semble s'être produite spontanément. Dernièrement encore à Saint-Louis, à la consultation de M. le Dr Lailler, nous avons vu deux frères qui, à peu de mois d'intervalle, avaient été atteints de pelade. Les exemples dans lesquels la contagion peut être invoquée, ne sont du reste pas très rares, et il n'est pas de dermatologiste qui n'ait eu l'occasion d'en observer. Mais aussi combien ne voit-on pas d'exemples de pelade dans lesquels, malgré les conditions en apparence les plus favorables, la transmission ne se fait jamais.

Existe-t-il donc, en réalité, comme l'admettent quelques auteurs, deux espèces d'alopécie areata, ou bien cette affection est-elle au contraire toujours parasitaire ?

Nous sommes disposé à penser, avec notre ami M. Ernest Besnier, que les affections réunies, *aujourd'hui*, sous la dénomination commune d'alopécies en aires ou de pelades répondent à plusieurs *genres* d'alopécie, dont les caractères cliniques différentiels et le degré comparatif de fréquence n'ont pas encore pu être établis d'une manière précise.

Jusqu'à l'heure présente, l'observation clinique *paraît* tout à fait favorable à la pluralité des pelades; mais, pour arriver à décider en dernier ressort dans cette question difficile, il importe dorénavant de joindre,

dans tous les cas, à une relation très précise des faits objectifs propres à chaque malade en particulier, une étude histologique minutieuse. Une enquête dans ces conditions est, en ce moment, poursuivie sur un grand nombre de malades à l'hôpital Saint-Louis par Ernest Besnier et Balzer. L'ensemble des résultats déjà obtenus par ces deux observateurs semble établir positivement : 1° que la pelade parasitaire est la plus commune; 2° que la contagion peut être constatée plus souvent qu'on ne l'avait pensé. Mais il ne leur a pas encore été possible de dégager la caractéristique clinique certaine des cas non parasitaires, ni de *démontrer* le mécanisme immédiat de l'alopécie parasitaire, qui leur paraît cependant dépendre du *siége* des spores au lieu même de la formation pilo-pigmentaire.

Toutes ces circonstances donnent un intérêt particulier au mémoire important que le professeur Eichhorst vient de publier dans les *Archiv. für pathologische Anatomie, etc.*, de Virchow, 1880, à l'occasion d'un cas d'alopécie en aires.

Ce fait est, à tous égards, intéressant, soit en ce qu'il vient confirmer, d'une manière incontestable, le fait que la pelade peut être provoquée par un champignon parasite, soit en indiquant quelles sont les précautions à prendre pour en constater la présence, et pour reconnaître les altérations du système pileux qui en sont la conséquence. Aussi avons-nous cru devoir reproduire en entier le travail du savant professeur de Göttingue.

A. DOYON.

## II

Dans le cours des trois dernières années, l'auteur a examiné neuf malades atteints d'area de Celse et les a traités pendant longtemps. Dans l'étude microscopique des cheveux il ne s'est pas borné à l'examen d'un petit nombre d'entre eux, mais cette étude a toujours porté sur un minimum de 30 et le plus souvent de 50 cheveux provenant de la périphérie des plaques chauves et de points plus éloignés. Les cheveux ont été conservés en partie dans un liquide indifférent (glycérine étendue), en partie traités ou macérés dans une lessive de potasse (2, 10, 20 %), en partie enfin colorés par le carmin, l'hématoxyline et dans ces derniers temps par le brun Bismark.

Il est à remarquer que dans l'extraction des poils ou des cheveux, ceux-ci n'étaient presque jamais accompagnés des gaînes de la racine. En général il n'y avait que quelques cellules isolées des portions les plus inférieures des gaînes de la racine qui restaient adhérentes au bulbe pileux. Ce dernier était généralement d'une minceur excessive, se terminant en pointe, et rappelait parfaitement l'état qui a été décrit

par bon nombre d'auteurs, à tort ou à raison, comme une atrophie du bulbe pileux. Sur les autres parties du poil ou du cheveu on ne pouvait pas constater d'autres changements importants, bien que macroscopiquement on aurait trouvé des différences de résistance, de sécheresse ou de couleur.

Dans cette étude, bien qu'elle renferme très peu de résultats positifs, une seule observation a fait ressortir avec certitude une exception dont il sera plus amplement question dans la suite. La description d'un malade permet seule au lecteur d'apprécier par lui-même si on a eu affaire ou non à un cas typique d'alopécie areata.

Un maître de scierie âgé de 53 ans eut, il y a dix-sept ans, un rhumatisme articulaire aigu qui atteignit presque toutes les grandes articulations des membres et dura environ deux mois. Comme cause, il accuse un refroidissement. Depuis cette époque, le malade se plaint de palpitations qui sont surtout très prononcées et pénibles après une fatigue corporelle.

Il y a deux ans, la maladie se reproduisit à un degré léger, de sorte que le malade fut obligé de passer deux semaines au lit.

Il ne resta pas après cela une aggravation de son ancienne affection.

Il y a un an et demi il eut un catarrhe de l'estomac pour lequel il reçut les soins d'un médecin.

Sa maladie actuelle doit avoir débuté il y a plus d'un an. Le patient qui est habitué à se couper la barbe tous les deux jours avec des ciseaux remarqua d'abord sur la joue droite que les poils de la barbe étaient tombés sur un espace arrondi et bien limité. Il ne s'était pas produit auparavant de changements sensibles sur la peau. Pendant que la plaque premièrement dépilée avait atteint environ l'étendue d'un pois, elle arriva peu à peu dans les semaines suivantes à prendre, au bout d'un mois, la dimension d'une pièce de cinquante centimes. A partir de ce moment, elle resta stationnaire.

Malgré ses proportions restreintes, cette plaque chauve ne défigurait pas sensiblement le malade.

Cependant elle était immédiatement visible pour tout le monde, surtout lorsque le malade venait de se couper la barbe.

Il est positivement établi qu'il n'y avait jamais eu de squames, seulement dans les points les plus rapprochés de la partie dépilée, aussi longtemps que celle-ci était encore en voie de développement, on pouvait extraire les poils facilement et presque sans douleur.

Peu de temps après il se produisit sur la joue gauche une tache cutanée décolorée semblable à la première. Les phénomènes extérieurs concomitants furent les mêmes qu'auparavant : plaque bien limitée, arrondie, à croissance graduelle, sans desquamation, chute des poils à une légère traction. Plus tard les mêmes symptômes se sont développés à droite et à gauche du menton, sur deux points de la joue gauche et un point de la joue droite. Dans les deux derniers mois, il n'est plus survenu de nouvelles plaques chauves.

Mais depuis six mois le malade a perdu sa chevelure sur des parties bien limitées. La première plaque s'est produite sur le pariétal gauche, alors que le malade s'était déjà quelque temps auparavant aperçu que, en se peignant dans cette région, les cheveux restaient adhérents en grand nombre au peigne.

A aucune époque il ne remarqua ni croûtes ni squames et la chute des cheveux n'était précédée d'aucuns phénomènes, ni accompagnée de malaises subjectifs quelconques. Sur les cheveux tombés, le malade, malgré un examen attentif, ne constata aucune modification.

Au bout de quelque temps il se développa une plaque chauve sur la moitié antérieure et postérieure du pariétal, le patient se décida alors à demander l'intervention médicale.

*Etat actuel.* — Homme très pâle, de moyenne grandeur. Peau souple, grasse et délicate, sans exanthèmes ni cicatrices. Pannicule graisseux considérable. Musculature un peu molle, flasque et pauvre.

Pas de fièvre, pouls régulier, égal des deux côtés, plein ; seulement il est peu tendu et légèrement accéléré ; 90 pouls à la minute. Pas d'oppression. Inspirations fréquentes. Pas d'œdème.

Le cœur présente tous les signes d'une insuffisance des valvules aortiques liée à une sténose du commencement de l'aorte.

L'urine est limpide, jaune clair, acide, pas d'albumine, poids spécifique 1,018.

Ni toux, ni expectoration. Le sommeil est bon, il en est de même de l'appétit. Digestion régulière. Si l'on examine le malade, même superficiellement, on est immédiatement frappé de la présence de plaques chauves dans la région des joues et du menton. Ces plaques présentent partout le même aspect. Elles sont de forme presque complètement ronde, leur étendue varie d'une pièce de vingt centimes à celle d'une pièce de cinquante centimes ; elles sont limitées vers les parties environnantes d'une manière si précise qu'on les voit immédiatement, quoique le malade ait coupé sa barbe peu d'heures auparavant. Les plaques paraissent unies et brillantes, et on ne trouvait là ni sur aucun autre point de la barbe de squames ou de croûtes.

Relativement aux parties voisines de la peau, leur coloration est très blanche, et, en passant sur la surface avec le doigt, on ne constate pas une diminution du contenu graisseux de la peau. La sensibilité cutanée sur les parties dépilées ne paraît ni augmentée ni diminuée. Il est facile de reconnaître, à un examen plus attentif, sur les parties dépourvues de poils, les follicules pileux sous forme de petites dépressions grisâtres.

Deux plaques anologues existaient sur la joue droite et près du bord de la mâchoire inférieure, éloignées l'une de l'autre de trois centimètres, et toutes les deux de dimensions à peu près égales. Deux autres plaques se trouvaient à droite et à gauche de la ligne médiane du menton et sont séparées l'une de l'autre par une portion de peau normale de quinze centimètres de largeur et recouverte de poils. Sur la joue gauche et sur le voisinage de la mâchoire inférieure on voyait trois autres plaques dépourvues de poils semblables aux premières, mais elles se confondaient en partie, en sorte qu'il en résulte une plaque à trois dentelures, mais cependant bien limitée vers les parties environnantes. Enfin il existe encore sur la région inférieure du menton à gauche, deux plaques séparées l'une de l'autre, et une autre à droite.

Sur les autres parties de la face, les poils sont épais et répartis régulièrement, et on ne peut les extraire hors des follicules que par une traction forte et douloureuse.

Il n'y avait rien de particulier à la périphérie des places dépourvues de poils, il en était ainsi, d'après le malade, dès le début de l'affection, ainsi que cela a été dit.

La chevelure du malade présente une teinte brun foncé, marron. Elle était un peu sèche, mais nulle part friable, cassée ou dissociée à la pointe.

Sur aucun point il n'existe de squames. Les cheveux avaient une longueur suffisante pour permettre au malade de recouvrir complètement les parties chauves du cuir chevelu.

En écartant les cheveux, on reconnaissait facilement trois plaques arrondies qu'on voyait presque complètement privées de cheveux. La plus grande, qui a environ l'étendue de la paume de la main, était située sur la moitié postérieure du pariétal gauche et s'arrêtait en haut vers la suture sagittale et en arrière vers la suture lambdoïde. Les deux autres plaques avaient envahi la région pariétale droite. De ces deux-là, la postérieure atteignait environ les dimensions d'une pièce de deux francs, pendant que celles qui était à la partie antérieure présentait celles d'une pièce de cinq francs. Toutes les deux arrivaient par leur bord inférieur à la suture temporale, où l'antérieure s'étend sur l'angle antérieur, la postérieure sur l'angle postérieur du pariétal.

Ces plaques avaient partout le même aspect. Le cuir chevelu est uni, gras, brillant. Il est très blanc, et, par un grattage énergique avec l'ongle ou avec la pointe d'un scalpel, on pouvait à peine détacher de petites squames épidermiques. La sensibilité de la peau était la même que sur les parties voisines du cuir chevelu. On n'avait pu constater ni atrophie, ni amincissement de la peau.

Les trois plaques présentaient une forme arrondie et le contour qui les limitait vers le cuir chevelu était bien net. Celle située sur le pariétal gauche offrait à son centre des poils follets rares et courts, fins, brun clair, tandis que les deux autres étaient complètement unies et glabres. Cependant sur ces plaques on reconnaissait facilement les anciens follicules sous forme de petites dépressions brunâtres, superficielles. A la périphérie des places chauves, on pouvait extraire les cheveux sans douleur et une légère traction suffisait tandis que, ailleurs, sur le cuir chevelu, ils tenaient solidement d'une manière normale, dans les follicules. Il était impossible à l'œil nu de trouver une différence dans l'aspect des cheveux des divers points. Il importe encore de faire remarquer que les cheveux venaient ordinairement à la traction sans gaines de la racine et sur 52 cheveux pris à la périphérie de trois points malades, il ne s'en est trouvé que 5 dont la moitié supérieure de la gaine de la racine était restée adhérente. A l'examen microscopique, on ne constatait sur ceux-ci que les changements qui dans la suite réclameront l'attention.

Les préparations microscopiques auxquelles se rapporte la description suivante ont toutes été faites de la même manière. On plongeait la moitié inférieure des cheveux extraits pendant une heure dans un verre de montre rempli d'une lessive de potasse à 28 °/₀. La partie libre supérieure et intacte du cheveu présentait de cette manière une anse très commode qui avait de très grands avantages dans la préparation ultérieure. Déjà, après un court séjour dans la lessive de potasse, on voyait clairement le cheveu se gonfler et en même temps prendre un aspect blanc grisâtre. En même temps aussi, sa consistance changeait rapidement ; il devenait visqueux, restait facilement adhérent aux parois du verre et se déchirait souvent si on ne l'examinait pas avec précaution.

Au bout d'une heure, on sortait les cheveux de la lessive de potasse,

et on les plongeait pendant un temps égal dans de l'alcool absolu dans lequel ils reprennent à peu près leur fermeté primitive. On les laissait ensuite vingt-quatre heures dans une solution appropriée de brun Bismarck, et pour terminer on les lavait encore une fois dans de l'alcool pur et on les conservait dans de la glycérine étendue.

Déja à un grossissement de 20 diamètres, il y avait très évidemment une différence dans l'aspect entre la majorité des cheveux qui provenaient de la périphérie des parties dépourvues de cheveux et ceux recueillis sur d'autres régions du cuir chevelu. Car, pendant que les derniers sont teints régulièrement dans toute leur longueur par la matière colorante, les premiers laissaient voir très habituellement des raies plus ou moins distinctes qui n'avaient pas été colorées (fig. 1, *a*). En mesurant au moyen du micromètre oculaire il était facile de se convaincre que ces plaques qui n'étaient pas teintes correspondaient aux parties du cheveu qui étaient dans les deux tiers supérieurs du follicule pileux. On doit encore remarquer qu'en soumettant au même traitement les cheveux de plusieurs autres personnes, et notamment de celles atteintes de calvitie sénile ou de calvitie prématurée, il ne se produisait pas de raies de ce genre.

En même temps, les parties non colorées étaient visiblement amincies et on aurait pu croire que le cheveu avait été pressé et comprimé de tous les côtés par une force quelconque. La plus grande largeur du bulbe pileux atteignait 68 μ. Le diamètre du cheveu oscillait entre 76 à 90 μ. Au contraire le cheveu de la partie décolorée atteignait seulement un diamètre de 59,5 μ, et daus les autres cheveux la différence était encore beaucoup plus sensible.

Il serait presque impossible d'expliquer l'absence partielle de coloration et l'atrophie du cheveu si la moitié supérieure des gaines de la racine n'était pas restée adhérente à quelques cheveux dans l'extraction. Cependant on ne pouvait découvrir cette cause qu'à l'aide de plus forts grossissements.

En se servant de lentilles à immersion, on ne constatait pas le plus léger changement morphologique sur les cheveux sans gaines de la racine. Sur la partie atrophique de la racine du cheveu,il était même impossible de démontrer une modification de structure. Mais sur ces cheveux auxquels les gaines de la racine étaient restées adhérentes, on trouvait des changements très appréciables. On voyait ici entre le poil et la gaine de la racine une quantité considérable de spores.

Les éléments parasitaires possédaient tous une forme ronde. Ils n'avaient pas pris le brun Bismarck et paraissaient d'une teinte vert jaunâtre. Leur grosseur présentait en moyenne 3,5 à 4 μ, cependant il y avait aussi exceptionnellement des éléments de 1,3 μ. Les plus petits d'entre eux avaient l'aspect de gouttelettes brillantes, homogènes; les extérieurs, au contraire, avaient un bord qui s'élevait comme un contour double peu prononcé dont le bord interne disparaissait tout entier et peu à peu dans la substance opaque centrale. Leur forme rappelait très exactement celle des corpuscules rouges du sang.

Dans les plus grosses spores, on remarquait souvent un petit corpuscule brillant, homogène, tantôt central, tantôt situé latéralement dans la cellule mère. Sur des points isolés, il y avait en outre d'un plus gros corpuscule une très petite spore et on ne distinguait souvent pas nettement, même après l'emploi des plus forts grossissements, si les deux corpuscules

étaient dans la dépendance l'un de l'autre ou s'ils étaient séparés par un contour isolant.

De leur point principal de rassemblement entre le cheveu et la gaine interne de la racine, des masses isolées de spores avaient passé entre les épithéliums des gaines de la racine vers l'extérieur.

Les champignons ne présentaient aucune anomalie de forme, ils étaient seulement en moyenne plus petits qu'au point décrit précédemment. Dans l'intérieur des cellules épithéliales, les champignons n'étaient nulle part accumulés, ils étaient placés soit sur leur surface, soit comme collés sur leur contour latéral. Il faut encore remarquer spécialement que les spores étaient disposées en groupes et en tas les unes à côté des autres. A la surface des cheveux, la disposition des champignons en forme de groupes était un peu plus difficile à reconnaître à cause de leur nombre considérable.

A un examen plus attentif, on ne trouvait aucune trace de filaments de mycélium. On ne peut l'attribuer à la ténuité des filaments, puisque j'ai opéré avec un grossissement de 1250. Je noterai encore, pour prévenir des erreurs, que les contours tordus que j'ai constatés au-dessus des amas de champignons, appartiennent aux épithéliums superposés des gaines de la racine.

L'auteur fait remarquer qu'on ne trouvait de spores dans le cheveu qu'autant que la gaine de la racine y était restée adhérente. Par conséquent, on les rencontrait exclusivement dans les points correspondants aux deux tiers supérieurs du follicule pileux. L'observation directe ne permettait pas d'indiquer si les spores remplissaient la moitié inférieure du follicule pileux.

Cependant il est probable qu'il y avait en ces points un amas de champignons, bien qu'en quantité moindre. La seule modification déterminée dans les cheveux par les champignons, consistait en une évidente atrophie par pression (Druckatrophie) et dans la perte de la propriété de se laisser pénétrer en ce point par la matière colorante. Mais comme ces modifications étaient limitées à la moitié supérieure de la racine du cheveu, il est permis de supposer qu'il existait une accumulation considérable de spores dans la portion inférieure du follicule. Quand aux cheveux pris à la périphérie des plaques chauves et qui venaient facilement à la traction sans gaines de la racine, il faut évidemment rapporter les points décolorés et amincis à l'influence des champignons.

Mais quelle est la nature botanique des sphores décrites par M. Eichhorst ? Comme le remarque l'auteur, c'est là un des points les plus difficiles à élucider, comme le savent du reste tous ceux qui s'occupent de recherches mycologiques. Les essais de culture faits dans ces derniers temps n'ont pas encore dissipé les obscurités qui enveloppent cette question.

Comme le dit le professeur de Göttingue, la présence en tas et en groupes des spores, leur grosseur à peu près égale, l'absence de filaments de mycélium tendraient à faire admettre qu'il s'agirait ici d'un champignon identique ou analogue au microscoporon furfur propre au pityriasis versicolor. On pourrait à ce point de vue comprendre que les spores, contrairement à l'achorion de Schönlein et au trichophyton tonsurant, n'avaient pas pénétré dans la substance propre des poils ou des cheveux et que ces derniers étaient restés intacts sauf une modification relativement insignifiante.

En terminant, dit le docteur Eichhorst, nous nous trouvons en présence de

plusieurs hypothèses : ou bien il s'est agi chez ce malade d'une area circonscrite, ou bien les champignons étaient là accidentellement et sans action.

Les lésions étaient si typiques et si nettes qu'une confusion était impossible; en second lieu, le grand nombre des spores ne permettait pas de considérer cet état comme insignifiant. Il est facile de comprendre que le lien du cheveu avec le follicule serait relâché par la présence de spores entre le cheveu et la gaine de la racine, et amènerait la chute du premier.

Cet examen doit-il s'étendre à tous les cas d'alopécie areata, c'est encore une question non résolue. Presque tous les auteurs ont pensé qu'il s'agissait d'une maladie parasitaire, et la plupart ne se sont ralliés à une opinion opposée qu'en raison des résultats négatifs des recherches. Mais cette objection ne saurait avoir une grande valeur, les recherches précédentes en témoignent. En effet, dit l'auteur, si on examine les cheveux ou les poils de sujets bien portants, on verra combien il est rare de voir les gaines de la racine rester adhérentes. Dans les cas où, comme chez le malade qui fait le sujet de ce travail, l'adhérence entre le cheveu ou le poil et la gaine est affaiblie, il deviendra plus difficile encore d'extraire le cheveu ou le poil avec ses gaines. Mais un examen négatif prouve seulement, ainsi que nous l'avons vu précédemment, que les gaines de la racine ne renfermaient pas de champignons dans leur moitié supérieure. Mais, comme dans toutes les maladies parasitaires de la peau, il faut encore tenir compte ici de certaines conditions extérieures, notamment de la durée et de la période de l'affection. Dans tous les cas, il résulte incontestablement de l'observation ci-dessus qu'il y a une forme déterminée d'alopécie areata qui a une origine parasitaire.

La solution de cette question est de la plus haute importance, elle est très intimement liée au pronostic, à la prophylaxie et surtout à la thérapeutique. S'il s'agit en effet d'une affection parasitaire, on ne saurait se borner comme traitement aux simples excitants de la peau et aux toniques. D'autre part, une guérison même très lente devient possible, l'expérience le prouve, et elle s'explique par ce fait que l'emploi de liquides alcooliques et éthérés s'oppose au développement des champignons.

Mais il est plus rationnel d'avoir recours à des agents parasiticides directs, et, chez son malade, le professeur Eichhorst a employé avec succès la pommade suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Axonge . . . . . . . . . . . . . | 40 | grammes |
| Salicylate de soude. . . . . . . . | 5 | — |
| Acide phénique . . . . . . . . . . | 2 | — |

Il serait donc prématuré, dit en terminant M. Eichhorst, de déclarer, d'une manière absolue et pour tous les cas, que l'alopécie areata n'est jamais de nature parasitaire. Il ressort de ce qui précède que tous les cas doivent être examinés avec soin au microscope, et que, dans le cas où on ne parvient pas à extraire les gaines de la racine avec les cheveux ou les poils, on doit plutôt considérer la maladie comme parasitaire, d'autant plus que les remèdes parasiticides sont tout à la fois de bons excitants de la peau et répondent amplement à toutes les autres indications.

UEBER ZWEI SCHWERE PRURIGOFÄLLE MIT SEHR GÜNSTIGEN VERLAUFE. (DEUX CAS GRAVES DE PRURIGO AVEC TERMINAISON TRÈS FAVORABLE), par le professeur F. LANG.

Le prurigo, du moins la forme décrite par Hebra, est une affection essentiellement rebelle, incurable même dans la plupart des cas. Ce n'est que dans l'enfance que l'on peut espérer arriver à modifier favorablement la lésion cutanée, qui, suivant l'expression du professeur de Vienne, accompagne jusque dans la tombe celui qui en est atteint.

Dans le premier cas observé par le professeur Lang, il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans qui était atteint d'un prurigo intense. Depuis sa première enfance, il se plaignait d'un prurit très pénible et presque insupportable qui le privait de sommeil, et, depuis l'âge de 13 ans, l'empêchait d'aller à l'école.

Tous les remèdes employés (pommades, savons, préparations de goudron, arsenic, etc.) n'amenèrent pas de soulagement.

Le 22 mai 1878, ce jeune homme entra à la clinique du Dr Lang. Comme tous les individus atteints de cette affection, il évitait ses camarades, il était timide et craintif et son visage avait une expression de profonde mélancolie. La peau très pigmentée était sèche, difficile à pincer, elle était le siège d'une desquamation abondante et recouverte, même sur le tronc et la face, de papules excoriées de différentes grosseurs. En outre, la peau paraissait épaissie sur le côté de l'extension des membres, notamment aux jambes et aux avant-bras, et donnait au toucher la sensation d'une écorce d'arbre ; on constatait la présence de nombreuses fissures et rhagades transversales On voyait sur les points grattés, ainsi que sur les autres parties, de petites croûtelles de sang desséché. Aux cuisses, un grattage ininterrompu avait produit des traînées parallèles de stries cutanées infiltrées. Les ganglions cruraux et inguinaux étaient durs et de la grosseur d'un œuf de pigeon.

Ce tableau pathologique est, du reste, celui de tous les prurigos, les traits en sont seulement plus ou moins accusés, nous les avons toujours retrouvés dans les cas que nous avons eu l'occasion d'observer.

Le docteur Lang prescrivit le traitement suivant : chaque jour, un bain sulfureux ; tous les 2 jours, onction sur tout le corps avec de l'huile phéniquée à 1/2 0/0, et après chaque friction le malade restait plusieurs heures au lit, enveloppé dans des couvertures de laine. A l'intérieur, liqueur de Fowler mélangée avec partie égale d'eau, à dose croissante : la dose la plus élevée fut 20 gouttes.

Une amélioration très rapide se produisit. Vers le 10 juillet, en

raison de quelques accidents dus à l'acide phénique, on suspendit la médication. Huit jours plus tard, tous les malaises ayant disparu, on remis le malade à l'usage des bains sulfureux et de la liqueur de Fowler.

Le 27 juillet, le malade, très amélioré, quitte la clinique.

Le 19 octobre, il rentre à l'hôpital, mais le prurigo était à peine reconnaissable : la peau des joues et des jambes était encore plus rugueuse et moins souple qu'à l'état normal, mais on ne voyait pas de nouvelles ni d'anciennes efflorescences et l'engorgement ganglionnaire était insignifiant : chaque jour, deux bains sulfureux, onctions avec l'huile phéniquée et trois gouttes de liqueur de Fowler.

Le 21 novembre, on remplace l'huile phéniquée par l'huile d'olive. Le traitement est continué, mais en diminuant graduellement l'intervention thérapeutique, et le 23 janvier 1879, ce jeune homme quitte l'hôpital dans un état satisfaisant; quatre mois plus tard il était déclaré apte au service militaire.

Le second cas se rapporte à un petit garçon de 2 ans, que sa mère amena à la clinique le 17 novembre 1874. Depuis l'âge de 3 mois cet enfant souffre d'une éruption très prurigineuse, qui le tourmentait jour et nuit et donnait lieu à un grattage continuel. Prurigo typique, principalement sur la partie antérieure des jambes; à la face et au cuir chevelu, eczéma impétigineux; sur le dos des mains, pustules et papules de prurigo ; au tronc, papules disséminées. Tuméfaction et induration des ganglions cervicaux et occipitaux, cruraux et inguinaux et du creux de l'aisselle. Les effets du grattage étaient visibles sur tout le corps. Ce petit enfant frottait continuellement sa peau avec un sentiment de satisfaction visible ; si on voulait le retenir, il se débattait en pleurant et criant.

Pour la face, on prescrivit l'onguent diachylon, et pour le reste du corps le goudron. Deux fois (le 29 novembre 1874 et le 2 janvier 1875) on dut interrompre le traitement, par suite de la fièvre et de la diarrhée. Bien qu'il fut survenu quelques nouvelles papules, somme toute il y eut une amélioration progressive à partir du 20 janvier; comme il ne se produisit pas de nouveaux symptômes, on ne fit plus les frictions de goudron qu'à de grands intervalles. Le 14 janvier 1875, l'enfant quitta la clinique. Le 30 janvier 1880, la guérison ne s'était pas démentie depuis 5 ans, et la peau du petit malade était absolument indemne de lésions cutanées.

Il résulte de ces deux faits qu'on ne doit pas considérer le prurigo comme incurable, même dans des formes graves et invétérées, que chez les enfants et chez l'adulte il est encore permis d'espérer une gué-

rison durable avec un traitement continué pendant un temps suffisant. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, n° 19, — 8 mai 1880.)

A. D.

---

Ein fall von ichthyosis cornea (un cas d'ichthyose cornée), par le Dr E. Bœgehold.

Les faits d'ichthyose cornée, surtout d'ichthyose cornée limitée à des points circonscrits, sont encore en très petit nombre dans la science, aussi croyons-nous utile de résumer brièvement le cas observé par le Dr Bœgehold.

Il s'agit d'un enfant de 9 ans et 3 mois qui, d'après le dire de ses parents, s'était bien porté pendant les trois premiers mois de sa vie. A cette époque, il survint, à la plante des pieds et à la paume des mains, des productions verruciformes, qui envahirent peu à peu complètement ces deux régions. Jusqu'à présent on s'était borné à sectionner avec des ciseaux ces masses verruqueuses. Jamais d'affection antérieure; parents sains, ils ont un autre enfant de 6 ans qui joui d'une bonne santé. Dans la famille pas de maladies de la peau.

A son entrée à l'hôpital, le petit malade présentait l'état suivant : les surfaces palmaire et plantaire sont entièrement envahies par des saillies acuminées qui ont 1 à 1 1/2 centimètre de hauteur au-dessus de la surface de la peau. Ces végétations s'étendent aussi sur la face palmaire des doigts et plantaire des orteils, cependant dans ces points elles sont moins proéminentes. La prolifération a pénétré dans le lit de l'ongle, elle a, du reste, amené le soulèvement de la plupart des ongles qui sont atrophiés et fendillés. La peau du reste du corps est parfaitement saine, seulement au niveau des genoux, sur un espace d'environ 1 1/2 centimètre de longueur et 1 centimètre de largeur, on voit des végétations qui ont environ 1/4 de centimètre de hauteur. A la paume des mains et à la plante des pieds les végétations ont une teinte verdâtre due à la présence de champignons, elles sont formées par l'épiderme.

La lésion occupant des surfaces limitées, on pratiqua, le 25 septembre 1879, le raclage de la plante des pieds. La cicatrisation fut rapide. Huit jours plus tard, même opération sur la paume des mains. Environ 4 semaines après le premier raclage, de nouvelles saillies verruqueuses apparurent aux pieds; le 10 octobre, nouveau râclage. Le 25 du même mois, on est également obligé de recommencer la même opération aux mains. Le 17 novembre, des traces de nouvelles végétations

qui se produisent sur la face plantaire exigent un troisième raclage.

Dans l'intervalle, aussitôt la cicatrisation obtenue, on prescrit des bains locaux avec de la potasse. Pas de traitement interne. Le malade guérit complètement.

L'examen microscopique des végétations et des petits lambeaux de peau coupés en dehors du tissu malade a permis de constater que le derme, abstraction faite de la couche papillaire, n'était pas épaissi. Les papilles, au contraire, étaient notablement hypertrophiées. Toutefois c'était dans l'épiderme que se trouvait la modification la plus importante. La couche cornée avait presque complètement disparu dans le réseau de Malpighi et l'épiderme. En outre, le tissu épidermique presque tout entier était formé de cellules aplaties, polygonales et dépourvues de noyaux. On ne trouvait plus qu'une seule couche de cellules rondes avec noyaux, consistant en deux séries de cellules superposées, notamment celle qui est appliquée immédiatement sur les papilles et les entoure comme un doigt de gant. Par l'addition de lessive de potasse étendue, il était également facile de reconnaître que les prolongements verruqueux consistaient, jusqu'à leur extrémité terminale, en cellules polygonales dépourvues de noyaux.

Il résulte de cet examen microscopique que la cause de l'ichthyose tient probablement à ce que les cellules épidermiques de nouvelle formation se transforment d'une manière exceptionnellement rapide en tissu corné. La cellule cornée perd alors son élasticité et s'aplatit par pression réciproque. Mais d'où provient la prolifération excessive des cellules épidermiques qui détermine la formation de quantités considérables de cellules cornées? Il faut admettre ou que les couches profondes de cellules, malgré leur transformation cornée, peuvent encore sécréter de nouvelles cellules, ou bien considérer la couche à deux rangées, indiquée ci-dessus, de cellules rondes comme la seule matrice de toutes les cellules de nouvelle formation et lui attribuer la propriété d'engendrer des masses considérables de nouvelles cellules : cette dernière opinion paraît la plus rationnelle.

Toutefois, il est difficile de comprendre pourquoi la couche des cellules épidermiques produit ces prolongements verruciformes. Les papilles ne jouent aucun rôle dans les lésions décrites dans le cas actuel. (*Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie, etc.*, de R. Virchow, n° de mars 1880.)

A. D.

---

ZUR BEHANDLUNG DER INTERTRIGO IM KINDESALTER (CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE L'INTERTRIGO DES ENFANTS), par le Dr A. WERTHEIMBER.

Au début et dans sa forme légère, l'intertrigo est une lésion sans gravité, plus tard il peut devenir une affection persistante, douloureuse et menacer même la vie des enfants. En commençant, il s'agit presque toujours d'une simple hyperémie de la peau, d'un érythème. Cette irritation cutanée peut être provoquée par des matières fécales, par de l'urine décomposée, par le contact prolongé ou par le frottement de deux surfaces tégumentaires. Mais cet érythème doit être surtout attribué à l'action irritante des sécrétions accumulées et décomposées dans les plis de la peau, qui, dans la première enfance, sont surtout de nature graisseuse ; on sait en effet qu'à cette époque de la vie l'activité des glandes sébacées est beaucoup plus grande que celle de la sueur. Parfois l'érythème se transforme par le ramollissement graduel de l'épiderme en une dermite érythémateuse diffuse. D'autres fois, sous l'influence d'un état cachectique, il se produit sur les points excoriés des membranes diphtéroïdes ou des ulcérations gangréneuses.

Mais le caractère et le danger de cette inflammation érythémateuse consistent dans sa tendance à envahir de grandes surfaces de la peau.

L'intertrigo à son degré le plus élevé s'observe dans les classes aisées presque avec la même fréquence que dans les classes pauvres. On ne saurait nier que chez quelques enfants la peau ne possède une vulnérabilité très grande, en sorte que les plus légères irritations peuvent provoquer un érythème qui a ensuite une grande tendance à gagner les parties voisines.

Le traitement doit avoir pour but de combattre les causes de l'intertrigo et de faire disparaître aussi vite que possible l'affection de la peau. Pour répondre à cette dernière indication, il faut veiller avec soin à ce que les enfants ne restent pas en contact avec des linges imbibés d'urine. S'il existe des fissures dans les plis de la peau, au lieu des lavages à l'eau froide conseillés par quelques auteurs, on aura recours à l'eau de savon tiède afin d'enlever les sécrétions graisseuses ; si la peau est excoriée, on remplacera l'eau de savon par la décoction de son.

Quand aux poudres, on donnera la préférence à celle de lycopode en raison de sa nature onctueuse. On pourra se servir avec avantage d'un mélange de poudre de lycopode et de bismuth porphyrisé ou d'oxyde de zinc. Si la peau est excoriée, les poudres ont l'inconvénient de former des masses croûteuses qui agissent alors comme de véritables corps étrangers, augmentent l'inflammation et empêchent la guérison.

Dans ces cas, l'auteur recommande spécialement l'onguent diachylon d'Hebra ou bien le suivant :

| | |
|---|---|
| Onguent diachylon. . . . . . . . . . . | 15 grammes. |
| Huile d'olive. . . . . . . . . . . . . . | Q. S. |

pour faire un onguent mou.

Ces préparations donnent des résultats bien plus satisfaisants que les pommades d'oxyde de zinc ou de plomb. Mais, dans les cas graves, le Dr Wertheimber donne encore la préférence au sublimé.

Le mode d'emploi est très simple : suivant les cas, on applique sur les parties excoriées des morceaux de toile plus ou moins grands et imbibés dans une solution de perchlorure de mercure (5 centigrammes sur 100 grammes d'eau distillée). Il n'est pas toujours nécessaire de laisser la solution de sublimé longtemps en contact avec les parties malades, parfois il suffit de la maintenir pendant une heure, 3 ou 4 fois par jour. Souvent, au bout de 24 à 36 heures, la rougeur foncée et l'exsudation ont disparu; ces parties ne sont plus douloureuses, elles se dessèchent et en peu de temps l'épiderme se régénère.

L'auteur n'a jamais observé d'accidents dûs à la résorption du sublimé, bien qu'il ait eu l'occasion de l'appliquer sur des surfaces étendues. Cependant cette résorption est possible, mais le danger de cette intoxication est d'autant moins probable que l'application de ce moyen n'est nécessaire que pour peu de temps et que la régénération rapide de l'épiderme rend l'absorption difficile.

Dans l'intertrigo diphtéroïde et gangréneux, on donnera la préférence aux antiseptiques locaux (acide phénique, chlorure de chaux, etc.) (*Deutches Archiv für klinische Medicin*). A. D.

---

## Uber abnorme Pigmentbildung und deren Ursache (sur une pigmentation anormale et sa cause), par le Dr Krocker.

Le cas que décrit l'auteur est analogue à celui publié par Litten : « névrose pigmentaire à la suite du typhus ». Le Dr Krocker rapporte qu'il a vu survenir chez une fille de 19 ans, après la terminaison d'une fièvre typhoïde légère, des taches pigmentaires plus ou moins grandes, dont la dimension variait entre celle d'une tête d'épingle et celle d'une lentille.

Ces taches avaient une coloration claire ou brun foncé, elles avaient commencé à la face et s'étaient répandues sur tout le reste du corps ; le

dos resta à peu près indemne. La plupart des taches devinrent plus foncées et plus grandes, jamais on ne les vit disparaître. Cette malade se plaignait de battements de cœur, il y avait des bruits de souffle qui tenaient à l'anémie. Comme des taches semblables se manifestèrent également chez une autre personne anémique, l'auteur considère que l'anémie est la cause de cette pigmentation anormale. (*Charité-Annalen*, 5ᵉ année ; et *Centralblatt für Chirurgie*, nº 14, 1880.)

A. D.

---

UEBER DIE WIRKUNG DES PILOCARPINS IM ALLGEMEINEN UND AUF DIE SYPHILITISCHEN PROCESSE IN BESONDEREN. (DE L'ACTION DE LA PILOCARPINE EN GÉNÉRAL ET SUR LE PROCESSUS SYPHILITIQUE EN PARTICULIER), par le professeur LEWIN.

L'auteur a commencé ses recherches sur la pilocarpine en 1877. Durant ces trois années, il a traité par des injections sous-cutanées de pilocarpine 32 malades atteints de différentes formes de syphilis constitutionnelles. Sur ces 32 malades, 25 ont guéri.

Les 7 autres cas décomposent de la manière suivante : dans 2 cas, les accidents syphilitiques persistèrent malgré 30 injections, et l'on fut obligé de recourir aux injections de sublimé qui amenèrent la guérison. Dans les 5 autres cas, des accidents graves (collapsus, hémoptysie, endocardite) forcèrent d'interrompre la médication avant la disparition des phénomènes spécifiques.

La plupart des malades guéris étaient atteints de condylomes plats, d'éruptions maculeuses, squameuses, papulo-squameuses et pustuleuses, et d'ulcérations pharyngiennes. Dans un cas, il y avait un ulcère syphilitique de la cuisse droite, une périostite gommeuse du frontal, des douleurs ostécopes.

Ces 25 guérisons sur 32 malades représentent 78 0/0. Ce fait que avec la pilocarpine on peut en général faire disparaître les accidents syphilitiques, est d'autant plus remarquable que, à côté de quelques-uns faiblement atteints, plusieurs malades chez lesquels ce médicament a été employé présentaient des formes graves de la diathèse.

La durée du traitement a été en moyenne de 34 jours, la plus longue fut de 43 jours et la plus courte de 14 jours seulement. La dose de pilocarpine injectée chaque jour a été dans la plupart des cas de 15 milligrammes chez les femmes et de 2 centigrammes chez les hommes.

Il résulte des faits cités par M. Lewin que la pilocarpine se comporte exactement comme le mercure pour les formes syphilitiques de gravité différente. Si en général les affections légères n'exigent qu'une faible quantité de ce remède, on compte cependant à titre d'exceptions, si l'on veut, des cas assez nombreux où il a été nécessaire d'en venir à des doses élevées.

Quant aux récidives, l'auteur n'a tenu compte que des femmes qui sont sous la surveillance de la police et qui, en cas de retour de la maladie, sont renvoyées à l'hôpital de la Charité, et nullement de celles revenant volontairement réclamer des soins en cas de récidive, qu'on n'est par conséquent pas certain de voir. Dans ces conditions, les récidives ont été de 6 0/0 sur les 27 malades soumises au contrôle de la police. Cette proportion est très favorable si l'on se rappelle que, en général, après les autres traitements, elles sont de 80 0/0.

Les récidives furent d'autre part bénignes, puisque le Dr Lewin n'a noté aucune récidive de forme maligne et qu'il ne se produisit que des accidents légers.

Pour l'intervalle de temps après lequel survinrent les récidives, le Dr Lewin indique chez trois malades, 3 mois, chez une malade 10 et chez une dernière 12 mois. Cette proportion est la même que pour les autres cures.

Malgré ces résultats favorables, l'auteur donne la préférence au traitement mercuriel (injections sous-cutanées de sublimé) sur la pilocarpine, parce que, dans 2 cas sur 32, ce remède fut impuissant à faire disparaître la syphilis et qu'on fut obligé de revenir aux injections de sublimé. En second lieu, la durée moyenne du traitement par la pilocarpine est plus longue (34 jours) qu'avec les injections de sublimé (environ 3 semaines). Enfin la pilocarpine provoque à la suite de son action diaphorétique une sensibilité aux influences atmosphériques qui persiste pendant longtemps.

Nous nous associons volontiers à ces sages conclusions où se révèle si heureusement, à côté du praticien plein de tact, le doctrinaire impartial jusqu'à conclure en quelque sorte contre lui-même. A. DOYON.

---

El herpetismo. (Conferencias dadas en abril 1880 in hospital de San Juan de Dios) por D. J. E. Olavide. Madrid, 1880.

L'herpétisme ! voilà un mot dont il a été et dont il est fait tous les jours un si mauvais usage que l'on serait vraiment en droit de le con-

damner sommairement. En tout cas, ou la chose qu'il veut représenter doit être présentée sous une face nouvelle, et accommodée aux nécessités de la science actuelle, ou le mot doit disparaître du langage dermatologique. C'est donc un procès à instruire ; nous ne nous y refusons pas, et nous commençons par en produire les pièces en appelant l'attention sur une publication due au dermatologiste le plus autorisé de la péninsule, le Dr J. E. Olavide. Voici, de ce travail, une analyse sommaire rédigée à notre demande par M. Balzer. E. B.

Dans ces trois conférences, M. Olavide résume les caractères généraux, les principales formes et la marche de l'herpétis. Pour lui, c'est une maladie constitutionnelle, chronique, ni contagieuse, ni inoculable, qui se transmet par hérédité, et se manifeste, du côté de la peau, par des éruptions (eczéma, psoriasis, impétigo, urticaire, pityriasis) exudatives, inflammatoires ou maculeuses, symétriques, prurigineuses et donnant une réaction alcaline ; du côté des muqueuses, les éruptions sont de même nature, les catarrhes, aigus d'abord, deviennent chroniques et récidivent; du côté du système nerveux, on observe des névralgies intermittentes, exaspérées par la chaleur, et dans les viscères; des lésions encore mal connues, mal déterminées, aboutissant à l'atrophie ou au cancer. La maladie présente quatre périodes : dans la première, s'observent les manifestations aiguës cutanées et muqueuses ; dans la seconde, ces manifestations deviennent chroniques et circonscrites; dans la troisième, elles se généralisent ; dans la quatrième, on observe les manifestations viscérales. Telle est la forme type décrite par Bazin et acceptée également par M. Olavide. Mais il existe en outre quatre formes principales : la *forme maligne*, décrite par tous les auteurs sous le nom d'*herpétide maligne exfoliatrice* et qui peut être primitive ou consécutive; la forme bénigne, commune ; une forme anormale, dans laquelle les muqueuses sont atteintes avant la peau ; une forme mixte, mélange de l'herpétis avec le rhumatisme , la scrofule, la syphilis, etc. Les caractères positifs des herpétides cutanées sont la démangeaison, la symétrie, la réaction alcaline, l'unité de forme des éléments, la persistance, l'exaspération par les préparations soufrées. Comme caractères négatifs, il faut citer l'absence d'adénopathies, d'ulcérations et de cicatrices, etc. Après les avoir différenciées des syphilides, des arthritides, l'auteur étudie les herpétides muqueuses, les herpétides profondes, névroses et viscéralgies, les névralgies, remarquables par leur intermittence, leur apparition au printemps, les éruptions spéciales qui se développent au niveau des points douloureux. Il est plus difficile de caractériser les affections viscérales herpétiques et les névroses, de dire si des maladies telles que l'épilepsie et l'hystérie peuvent dependre par-

fois de l'herpétis. Au contraire, certaines lésions viscérales, l'hypertrophie du foie, si fréquemment intéressé dans l'herpétis, la cirrhose, et surtout le cancer peuvent être dans beaucoup de cas rapportés à l'herpétis. Dans la dernière conférence, l'auteur étudie le diagnostic différentiel, le pronostic et le traitement des herpétides. F. B.

---

ZUR HISTOLOGIE DER PSORIASIS VULGARIS (CONTRIBUTION A L'HISTOLOGIE DU PSORIASIS VULGAIRE), par le professeur NEUMANN.

L'auteur a déjà publié, en 1867, une première étude sur l'histologie du psoriasis. Ses opinions ont été depuis admises par la plupart des dermatologistes.

Comme le montre l'observation clinique, l'épiderme, dans le psoriasis est peu adhérent au niveau des points hyperémiés et se détache facilement sous l'influence des frottements ou du grattage. Leur cohérence diminue presque aussitôt après leur apparition.

S'il est vrai que la cohérence des cellules diminue à mesure que celles-ci perdent la position verticale pour prendre la position horizontale, si, en outre, la dimension des dentelures détermine l'adhérence intime des cellules les unes avec les autres, si enfin les cellules granuleuses forment principalement la transition à l'état corné, ces conditions doivent se manifester clairement dans le psoriasis. Bien que la cornéification des cellules ne soit pas complète dans ce cas, cependant la plupart d'entre elles, bientôt après leur développement, sont sèches et squameuses (psoriasis punctata, guttata) ; car ce sont seulement les éléments appliqués immédiatement sur les papilles et ces éléments interpapillaires qui sont encore succulents ; mais dès qu'ils ont abandonné leur lieu de formation (cellules cylindriques) ils ont une direction horizontale dans la plupart des coupes. Au début, leur contenu est opaque, plus tard il devient granuleux, et dans les couches les plus supérieures il est reconnaissable à un bord bien tranché, réfractant fortement la lumière ; le noyau, originairement petit, devient plus volumineux dans les couches moyennes, il est rempli de nombreuses petites granulations et commence à se ratatiner de nouveau dans les couches les plus supérieures.

Dans des conditions normales (suivant Unna), l'état granuleux des cellules ne survient que graduellement dans les éléments anciens, et s'accomplit progressivement du milieu des cellules vers leur bord ; bientôt la cellule s'éclaircit complètement à partir du centre

et il se forme autour de chaque granulation un anneau clair et les dentelures se réduisent à de faibles rudiments. Dans le psoriasis, on trouve des prolongements surtout dans les cellules qui sont situées entre les papilles et immédiatement au-dessus; celles-ci présentent également une position plus verticale ou oblique. Celles placées sur le stratum papillaire, excepté les cellules cylindriques, sont reconnaissables à leur contenu granuleux et à leur accumulation, leur noyau et leur protoplasma paraissent également augmentés de volume; les prolongements de ces cellules sont ratatinés, cependant on peut encore les suivre dans les couches supérieures dans le stratum lucidum, où elles paraissent, sur la paroi externe du protoplasma, comme de petites granulations noires réfractant fortement la lumière.

Les cellules cylindriques sont intéressantes à étudier, elles sont implantées sur le corps papillaire par leur extrémité rétrécie, et font saillie par leur extrémité large en forme de bulbe. Celles-ci, à l'état physiologique, ne forment qu'une seule couche à la surface du corps papillaire; dans le psoriasis, au contraire, elles sont disposées en 2, 3 ou 4 rangées superposées et en forme de palissades. Sur une coupe transversale les papilles forment un beau dessin avec leurs nombreuses cellules cylindriques qui leur donne un aspect rayonné. C'est dans la couche des cellules cylindriques qu'il faut chercher, à l'état physiologique comme à l'état pathologique, la formation des cellules; mais dans les éléments interpapillaires la production cellulaire est également très considérable. Ici les néo-formations envoient des prolongements plus grands vers les parties supérieure et latérale, vers la profondeur (presque comme dans le lupus papillaire et l'épithéliome). Ces prolongements, notamment à la base des papilles, se trouvent en connexion avec les cellules voisines, forment des réseaux dans lesquels les papilles font saillie en dedans sous l'aspect de prolongements filiformes. Il se produit aussi des proliférations inter-papillaires des cellules cylindriques, lesquelles se joignent à leur extrémité pour former un réseau.

L'augmentation croissante du réseau muqueux doit resserrer les papilles, elle doit aussi augmenter dans les anses vasculaires l'hyperémie qui accompagne toujours les psoriaris et entretenir la séparation du plasma. Les cliniciens savent aussi que les hyperémies de la peau accélèrent le processus psoriasique et déterminent sur la partie irritée une accumulation considérable de squames.

Relativement aux modifications pathologiques du derme, elles existent surtout dans les couches supérieures, tandis que les plus profondes ne sont affectées que dans les cas les plus intenses. Dans toutes les coupes, on trouve les papilles allongées de 12 à 15 fois; dans

les points où le corps papillaire se confond avec le réseau de Malpighi, celles-ci sont nouvellement formées, leur tissu à larges mailles es rempli de cellules arrondies, leur forme dépend de la quantité des cellules du réseau muqueux en voie de prolifération qui les fait presque se toucher. La papille a l'aspect d'une poire ou d'une bouteille dont la partie supérieure a la forme d'un bulbe et la portion inférieure est effilée ; le reste du derme est lâche ; les faisceaux de tissu conjonctif sont plus larges, tuméfiés, remplis de cellules rondes, principalement dans la couche dermique supérieure ; ces cellules apparaissent en couches épaisses, surtout le long des vaisseaux, dont elles recouvrent entièrement par places la paroi. Dans les couches inférieures du derme, dans le pannicule adipeux, dans le tissu conjonctif sous-cutané (Hebra on n'a pas observé de cellules arrondies : ce n'est que dans deux cas observés par le professeur Neumann, que les glandes enroulées de la sueur étaient entourées de proliférations.

Les vaisseaux sanguins, dans les couches supérieures du derme, sont abondamment remplis de corpuscules du sang, ils sont dilatés, ayant par places des prolongements onduleux, l'anse vasculaire dans la papille est également affecté par places, la paroi des vaisseaux est partout dilatée par des proliférations cellulaires ; on voit parfois en quelques points, sur le contour externe du vaisseau, des corpuscules rouges du sang (hémorragie). Sur les vaisseaux de la couche supérieure du derme, on rencontre, en outre, la prolifération de l'endothélium qui rétrécit par places leur calibre.

Les fibres musculaires lisses sont hypertrophiées, sur quelques coupes de la peau, on observe aussi des vaisseaux lymphathiques dilatés ; les faisceaux nerveux sont à l'état normal. Le revêtement des follicules de la peau, notamment des glandes de la sueur et des follicules pileux, présente ici une déviation considérable de l'état normal ; les cellules du contenu de ces follicules sont augmentées ; les orifices remplis de cellules cornées ; le canal excréteur des glandes sudoripares est élargi; le long de la paroi externe ainsi qu'autour des pelotons glandulaires, il ya des proliférations de cellules rondes très compactes. Dans le follicule pileux, on voit, dans des cas avancés, ces dépressions, comme dans d'autres processus morbides (lichen ruber, prurigo), cependant pas à un degré aussi prononcé ; ces dépressions sont en rapport direct avec l'accroisssement des cellules du contenu. L'augmentation de ces dernières est considérable, et des cellules cornées plus avancées se trouvent dans la portion supérieure du follicule : dans la partie inférieure il y a principalement des cellules à prolongements.

Il ressort de ces recherches que les papilles, non seulement celles de nouvelle formation et celles préformées, sont allongées d'une

manière considérable, mais encore que leur forme varie, elles sont aussi rétrécies par places à leur base. La dilatation et la marche sinueuse des vaisseaux, les symptômes hyperémiques prononcés, ainsi que les proliférations, notamment sur l'adventice des anses vasculaires, sont augmentés dans chaque cas par un rétrécissement semblable de la base des papilles; par là la formation de nouvelles cellules est toujours entretenue et, au contraire, les proliférations intra-papillaires du réseau de Malpighi provoqueront un amincissement semblable de la papille, en sorte que finalement l'anse vasculaire se rétracte, observation qu'on peut faire surtout dans les cas invétérés, dans lesquels des papilles hypertrophiées sont visibles à l'œil nu, et disparaissent difficilement malgré le grattage et les frottements. Enfin les papilles s'effacent et l'espace interpapillaire est remplacé par les cellules du réseau muqueux.

En tout cas, c'est un fait nouveau que les glandes de la sueur sont le siége, dans les cas graves, de proliférations de cellules rondes. Si l'infiltration cellulaire observée dans deux cas, immédiatement sous la couche cornée, appartient au psoriasis, c'est là un point non encore élucidé.

Un fait à noter, c'est non seulement la multiplication et le grossissement des cellules du réseau de Malpighi, mais encore l'accumulation considérable de ces éléments qui forment le revêtement des glandes de la sueur et des follicules pileux et qui les dilatent. Un intérêt non moins grand s'attache encore à l'hyperplasie des cellules du réseau muqueux, qui se rassemblent dans la profondeur du derme d'un côté, sous l'aspect de conglomérats cellulaires en forme de prolongements; et de l'autre en forme de réseaux et de points. Enfin il faut aussi indiquer la présence de cellules de nouvelle formation dans les modifications les plus fines des proliférations survenues de bonne heure, puisque, comme cela a été dit ci-dessus, dans le psoriasis, les éléments cylindriques sont disposés en plusieurs couches, tandis qu'à l'état physiologique ils forment une seule couche limitant le corps papillaire. La disposition horizontale des cellules du réseau muqueux, le grossissement des noyaux et des nucléoles, la granulation qui augmente rapidement de bas en haut, de sorte que les cellules granuleuses qui, à l'état normal forment au plus deux rangées, constituent ici 6 ou 8 couches, enfin le fait que les prolongements sont déjà ratatinés de bonne heure, tous ces phénomènes appartiennent au processus psoriasique. Seuls les éléments placés entre les papilles conservent leurs prolongements sous forme de pointes régulières et ne présentent aucune granulation.

D'après ce qui précède, on peut concevoir pourquoi, dans le psoriasis, les squames, peu de jours après leur chute, se reproduisent de nouveau

rapidement, puisque les couches de cellules situées entre les papilles, en outre des cellules des follicules sudoripares et pileux, contribuent à leur régénération tout comme les cellules placées au-dessus des papilles. Bien que ce soient surtout les cellules cylindriques dont émane la néo-formation du jeune épiderme, toutefois, d'autres dépôts cellulaires doivent, à un degré moindre, posséder la même propriété, comme le prouve la greffe épidermique découverte par Reverdin. Toutefois, ce qui domine ici, c'est la prolifération des cellules épidermiques, ce que l'on peut facilement observer dans la transplantation de la peau du nègre qui, en 10 semaines, s'augmente de 20 fois et envoie des prolongements noirs.

On voit donc que la néo-formation de l'épiderme, dans le psoriasis, se comporte comme dans les plaies après des brûlures et autres blessures. Dans ces cas, les bords de la plaie et les canaux glandulaires fournissent la matière qui sert à la prolifération des cellules au moyen desquelles se fait l'épidermisation. L'hypothèse de Schron, d'après laquelle l'épiderme se formerait dans les glandes de la sueur, est facile à contredire, notamment par l'étude anatomique du psoriasis ; indépendamment de ce qu'on trouve souvent des tumeurs folliculaires avec des couches épaisses de cellules cornées, on peut suivre en effet les points de formation de l'épiderme comme il a été dit ci-dessus. En outre, le psoriasis s'observe rarement à la paume des mains et à la plante des pieds, où les glandes sudoripares sont nombreuses.

L'accroissement rapidement consécutif des cellules de revêtement des glandes cutanées forme, dans le psoriasis, un des éléments importants et essentiels du processus morbide. L'observation clinique permet de constater souvent que chez des individus atteints depuis longtemps de lichen pilaris et intercuremment de psoriasis, cette dernière affection débute par des papules dans lesquelles la papule centrale est entourée d'un cercle rouge recouvert de squames que l'on peut détacher facilement par le grattage et qui laissent après leur chute une surtace saignante. Il est certain que dans le psoriasis l'hyperémie appartient à la nature du processus et qu'il en résulte un apport plus considérable du plasma de nutrition. Cette hyperémie inflammatoire provoque l'hypertrophie du derme, elle augmente le nombre des couches épidermiques superposées, elle accroît le volume des cellules elles-mêmes et de leurs noyaux ; en même temps le derme et ses faisceaux sont épaissis. Cet accroissement de l'apport sanguin occasionne aussi une prolifération considérable, notamment sur l'adventice des vaisseaux ; de même toutes les causes qui provoqueront l'hyperémie de la peau amèneront, chez les sujets prédisposés au psoriasis, le développement de la maladie, tandis

que tout ce qui contribuera à éearter l'hyperémie en favorisera la disparition (*Wiener mediz. Jahrbücher*).

---

## Ueber die structur des luposen gewebes (de la structure du tissu lupeux), par le Dr Jarisch.

Depuis lcs reeherches de Auspitz, tous les autcurs admettent que le lupus a son point dc départ dans le tissu eonjonctif du derme. Rindfleisch se rapproche de l'opinion de Bergcr, qui plaçait l'origine du lupus dans le réseau de Malpighi ; toutefois, Rindfleisch pense que le développemcnt ne se fait pas dans le réseau muqueux lui-même, mais bien dans les prolongements glandulaires de l'épiderme, aussi le eonsidère-t-il commc un adénome des glandes sébacées et sudoripares.

Suivant Auspitz, le lupus eonsisterait en une infiltration dcs eellules traversant uniformémcnt le derme. D'après Kaposi, le lupus débute toujours par des nids de cellules situés sous la couche vaseulaire du derme, ils sont entourés en forme d'arc ou de frondc par les faisceaux de tissu conjonctif. Ce n'cst que par la progression du processus le long des vaisseaux que l'infiltration se formerait. Neumann parle également de l'apparition du lupus sous forme d'îlots : les faisceaux du tissu conjonctif sont dissociés et disparaissent complètement par suite des prolifératious lupeuses.

Thoma insiste surtout sur lc rapport des vaisseaux avec le développement du lupus. Le long des vaisseaux et dans leur voisinage immédiat, dans les espaees péri-vasculaires, on trouverait dcs traînées étendues de eellules lymphoïdes qui, par leur agglomération dans quelques points, produiraient dcs nodosités plus ou moins considérables.

Malgré ees divergences, tous lcs autcurs sont d'aceord sur ee point : que le lupus débute par l'apparition dc eellules petites, rondes et à grosses granulations. Mais les cellules dc lupus sont-elles, comme l'admet Auspitz, dcs cellulcs fixes du tissu, ou bien sont-elles des cellules de migration ? Pour Lang, le point dc départ du lupus tiendrait plutôt à des proliférations du conduit proto-plasmatique dcs eapillaires ainsi que des éléments adventiees des petits vaisseaux, non seulement du système vasculaire sanguin, mais encore du système lymphatique. Au bout de quelque temps ces proliférations se réuniraient pour former un réseau à larges mailles au début. Par le développement de nouvelles végétations qui contiennent des noyaux, le réseau deviendrait plus serré et finalement les vacuoles se rempliraient toujours davantage.

Lang donne le nom de réseau ou d'entrelacement cellulaire du lupus aux réseaux qui prolifèrent dans le tissu dermique.

Les recherches du docteur Jariseh ont porté sur les variétés de lupus désignées sous le nom de lupus maculeux, tubéreux et tumidus, et sur des lambeaux de peau pris sur le vivant.

Selon cet auteur, il se produit dans le lupus des processus anatomiques analogues à ceux qu'on observe dans l'inflammation de la cornée et des tendons, bien que l'infiltration ne se transforme pas en pus comme dans les autres, mais qu'il survienne, au contraire, des métamorphoses régressives, après une durée plus ou moins longue, qui sont immédiatement suivies de résorption ou de désagrégation.

La tuméfaction du réseau cellulaire du derme s'accompagne, toutefois, d'autres phénomènes sur lesquels le Dr Jarish insiste tout particulièrement.

Dans la plupart de ses préparations, il a constaté la présence d'un grand nombre de cordons qui se dirigeaient tous vers la surface du derme et étaient composés de cellules oblongues contenant des noyaux et présentant dans leur intérieur une ouverture distincte.

Ces cordons continuaient visiblement les vaisseaux sanguins contenant des corpuscules du sang. Cette continuité ne permet pas de douter que ces cordons n'aient la signification de vaisseaux sanguins, qu'ils étaient, du moins pour le plus grand nombre, de nouvelle formation, leur grande quantité le prouve. Bon nombre d'auteurs affirment qu'il se produit dans le lupus une néo-formation considérable de vaisseaux sanguins. Volkmann insiste sur ce que cette néo-formation en masse des vaisseaux sanguins peut imprimer à la partie atteinte de lupus un caractère positivement téléangiectasique. Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que les vaisseaux sanguins jouent ici un rôle important, en raison des rapports anatomiques déterminés qui existent entre eux et les modifications du tissu.

De quelle nature sont ces rapports? Tandis que dans certaines préparations on aperçoit les cordons vasculaires dans un tissu encore peu altéré, ils forment dans d'autres le centre d'une région déjà essentiellement malade. Les changements peuvent être peu considérables ou avoir atteints un degré considérable, on trouve toujours ces cordons; on les observe à toutes les phases de développement du lupus. On rencontre en même temps, dans des coupes longitudinales, une disposition en forme de tente ou de coulisse du réseau cellulaire tuméfié qui prend, dans une certaine mesure, son point d'appui dans le cordon vasculaire.

Si on trouve ces cordons vasculaires dans un tissu encore peu altéré, si plus tard ils forment le centre d'une région déjà notablement malade,

et s'il existe des rapports anatomiques évidents entre eux et les modifications du tissu, on peut se demander si ces rapports anatomiques évidents ne sont pas l'expression d'un nexus causal, si, en un mot, dans le lupus, la néo-formation vasculaire n'est pas la cause première, et si la modification du tissu, la tuméfaction du réseau cellulaire, ne sont pas produits par une impulsion provenant de ces vaisseaux.

En résumé, dit le Dr Jarisch, il existe dans le lupus une néo-formation considérable de vaisseaux sanguins ; ces derniers, ainsi que les vaisseaux préformés, sont le point de départ de la tuméfaction du réseau cellulaire du tissu conjonctif avec désagrégation consécutive. Le gonflement du réseau cellulaire se produit dans un espace assez tranché autour du vaisseau; aussi, lorsque le processus a atteint son summum, il se forme des nodosités plus ou moins nettement limitées, dans lesquelles il n'est plus possible de reconnaître une disposition déterminée des éléments. L'agglomération de plusieurs de ces nodosités constitue les papules macroscopiques, caractéristiques du lupus.

Il est évident que la tuméfaction du réseau cellulaire précède l'apparition du tissu de granulation. Toutefois, il est difficile de savoir si tous les produits cellulaires qui se rencontrent dans le lupus sont des dérivés des cellules fixes de tissu. Il est possible que des cellules migratrices, provenant des vaisseaux sanguins, se soient mélangées aux produits de division du réseau cellulaire.

Cette question est, du reste, secondaire. Il faut placer le processus essentiel dans l'état des cellules du tissu conjonctif et dans leurs rapports avec la substance fondamentale, car ce processus seul permet d'expliquer la désagrégation du tissu. (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, n° 1, 1880.)

---

Ueber die therapeutische Verwendung des Pilocarpins bei Hautkrankheiten (Étude sur l'emploi thérapeutique de la pilocarpine dans les maladies de la peau), par le professeur Pick.

L'auteur a employé la pilocarpine dans un certain nombre de dermatoses chroniques. Ces recherches méritent toute l'attention des dermatologistes; faites avec le plus grand soin, elles nous permettent d'apprécier la valeur d'un médicament qui, dans des cas bien déterminés, est appelé à rendre de réels services dans le traitement d'affections toujours si rebelles.

1° *Pilocarpine dans le prurigo.* — L'auteur, dans une première série de cas, s'est servi de la pilocarpine seule, sans l'adjonction d'un trai-

tement local, pas même de bains. Dans ces conditions, les phénomènes locaux ne s'étaient nullement modifiés au bout de 15 jours, et, dans les cas invétérés avec xérodermie et pachydermie, même après 3 à 6 semaines.

Dans d'autres cas on a ajouté à l'usage de la pilocarpine l'enveloppement dans des couvertures de laine : il survenait alors une transpiration abondante et prolongée sur toutes les régions indemnes de la peau, tandis que les parties atteintes de prurigo restaient sèches pendant la première ou la deuxième semaine ; au bout de 15 jours dans les cas légers, par conséquent surtout chez les enfants au-dessous de 10 ans ; dans les cas graves après 4 à 6 semaines, la sécrétion sudorale augmentait sur les points malades, notamment sur les côtés de la flexion des membres. Même avant l'apparition de la sueur, la pilocarpine avait une action favorable sur le prurit, qui finissait par s'éteindre complètement.

Après un traitement prolongé, 4 à 8 semaines, on constatait la disparition graduelle des autres phénomènes caractéristiques du prurigo c'est-à-dire de l'engorgement ganglionnaire, de la xérodermie et de la pachydermie. Dans les cas légers, guérison complète ; dans les graves, il ne restait qu'un peu d'épaississement de la peau.

Le temps le plus court a été de 48 jours, le plus long de 105, la moyenne du traitement de 65 jours.

Ces résultats, comme le remarque l'auteur, n'ont rien de bien satisfaisant, puisqu'il en est de même avec d'autres méthodes de traitement et que, même avec d'autres remèdes, la durée moyenne de la médication a été de 30 à 32 jours.

Dans une autre série de 10 cas, on a eu recours à la pilocarpine seule, sans enveloppement dans le lit ; les résultats ont été les mêmes, bien qu'il ne se produisît pas une sécrétion sudorale abondante ni aussi prolongée.

La cessation du prurit et la modification des lésions cutanées doivent donc être rapportées, non à la macération produite directement par la sueur, mais bien à l'action directe de la pilocarpine sur la peau du malade.

Dans une troisième série de 12 cas, le docteur Pick eut recours à un traitement mixte. Outre la pilocarpine à la même dose que dans les cas précédents, il prescrivit chaque jour des bains savonneux, et de plus la solution de Vlemingkx dans 4 cas, des onctions avec le goudron dans 3 cas, le glycérolé d'amidon et l'enveloppement dans des couvertures immédiatement après l'administration de la pilocarpine dans 5 cas. Les symptômes locaux disparurent très rapidement, la peau reprit

sa souplesse, le prurit, au contraire, n'était pas modifié autrement qu'avec la pilocarpine seule.

Il reste donc établi que la pilocarpine exerce une action décisive sur la peau prurigineuse, dont elle augmente l'activité fonctionnelle, surtout en ce qui concerne les sécrétions des glandes sudoripares et sébacées, et par l'augmention des échanges nutritifs elle favorise l'absorption des exsudats déposés dans la peau.

Le point le plus important à considérer, c'est la durée de la guérison.

Sur 32 cas, il en est 9 sur lesquels l'auteur n'a pu avoir de renseignements après la cessation du traitement.

Sur les 23 autres, la plus longue guérison a été de 13 mois, la plus courte de 4 mois. Aucune récidive n'a, toutefois, présenté l'intensité de l'état morbide qui existait en premier lieu.

Sur 12 cas traités à plusieurs reprises à la clinique, on a constaté très nettement que la récidive, après l'usage de la pilocarpine, était, comparativement aux autres rechutes, reculée de plusieurs semaines et même de plusieurs mois, et que, en aucun cas, la maladie ne revenait à sa gravité première.

En résumé, la pilocarpine, si elle n'amène pas une guérison définitive du prurigo, a du moins une action plus favorable que la médication locale seule. Il est possible qu'en continuant le remède pendant plus longtemps on parvienne à éloigner encore les récidives, et peut-être même à obtenir une guérison complète. C'est là un point que des recherches ultérieures peuvent seules élucider.

2° *De la pilocarpine dans le psoriasis.* — L'auteur a employé la pilocarpine chez 25 psoriasiques, soit seule, soit combinée avec les topiques ordinaires, les résultats dans cette seconde série ont été les mêmes qu'avec les remèdes habituels.

Quant à la pilocarpine seule, elle n'a pas paru avoir une action appréciable sur les récidives, qui se sont produites même pendant son administration.

3° *Eczéma.* — Dans trois cas d'eczéma de la face, à la période de sécrétion, la pilocarpine a eu une influence fâcheuse, en ce sens que le suintement augmentait et que non seulement le processus s'étendait à la périphérie des points déjà malades, mais qu'il survenait aussi des placards eczémateux dans des régions éloignées de celles primitivement envahies, là surtout où une plus forte sécrétion de sueur avait été provoquée, notamment au pli de l'aine et à la face interne des cuisses. Les mêmes effets se produisirent dans deux autres cas d'eczéma aigu généralisé, qui étaient déjà en voie de guérison, par l'emploi des poudres d'amidon ou autres et qui ne présentaient plus qu'une légère

desquamation. Après deux ou trois injections hypodermiques de pilocarpine, l'eczéma redevint suintant sous l'influence de la sueur. La pilocarpine, au contraire, a donné de bons résultats dans les formes chroniques où, après la disparition de l'inflammation, il restait encore de l'épaississement du derme et un violent prurit. Ces deux symptômes, parfois si tenaces, se modifièrent rapidement.

*Prurit cutané.* — Le Dr Pick a employé la pilocarpine dans quatre cas seulement de prurit cutané. Dans deux, il s'agissait de vieillards de 65 à 72 ans, chez lesquels la maladie s'était généralisée et persistait depuis plus de deux ans avec une intensité et une extension croissantes. Toutes les méthodes de traitement étaient restées inefficaces, notamment l'enveloppement caoutchouté et les bains froids, tandis que dès les premières injections sous-cutanées de pilocarpine il se produisit une amélioration sensible. Après quatre ou six semaines, les malades quittèrent la clinique complètement guéris : chez l'un la maladie ne s'était pas reproduite vingt mois après son départ et l'autre, qui était resté indemne de démangeaisons pendant un an environ, est mort d'une pneumonie à marche rapide.

Le troisième malade, âgé de 60 ans, avait un prurit généralisé qui avait débuté par le scrotum. Les trois premières semaines de traitement amenèrent une légère atténuation dans les symptômes ; mais à partir de ce moment, et malgré la régularité extraordinaire avec laquelle la médication fut suivie durant plus de six semaines, il ne se produisit aucune nouvelle amélioration.

Chez la quatrième malade, le résultat fut, au contraire, très favorable. Il s'agit d'une femme qui, peu de temps après une couche, fut atteinte d'un prurit vulvaire, avec œdème des grandes lèvres, effet du grattage, érosions de la vulve et du pourtour de l'orifice uréthral. Un premier traitement étant resté inefficace, on commença, au bout de quatre mois, les injections sous-cutanées de pilocarpine, qui amenèrent une amélioration rapide, et trois semaines plus tard la malade, complètement guérie quitta la clinique.

5° *Urticaire chronique.* — L'auteur ne cite qu'un seul cas. Il s'agit d'un individu bien constitué qui, depuis six semaines, était atteint d'une urticaire accompagnée d'un violent prurit. Son siège principal, dans les derniers temps, était à la face et aux membres inférieurs avec œdème des parties affectées. Insomnies persistantes par suite de démangeaisons intolérables. Inappétence. Rien du côté des organes internes, l'examen des urines ne décèle pas d'albumine. Sensibilité cutanée intacte.

Les différentes médications n'ayant donné aucun résultat, l'auteur prescrivit deux fois par jour dix gouttes d'une solution à 1 0/0 de pilocar-

pine. Cette dose suffit pour provoquer, le malade étant au lit, une sécrétion considérable de sueur et une salivation abondante. A partir de ce moment, on constata une amélioration notable et les symptômes morbides cessèrent ensuite complètement, ils ne se sont pas reproduits (2 mois).

6° *Alopécie areata, tricoptilose de la barbe, alopécie pityrode.* — Dans un cas, chez un enfant de 21 mois qui, au moment de la naissance, avait des cheveux d'une pigmentation foncée, on constata une alopécie complète datant de l'âge de 5 mois. La mère, dès l'âge de 27 ans, avait les cheveux blancs, le grand-père maternel était complètement gris depuis l'âge de 30 ans. Comme, en examinant la tête de l'enfant, on y trouvait des cheveux lanugineux, bien que, en très petit nombre, on prescrivit la pilocarpine et des lotions alcooliques. Ce traitement employé pendant 6 mois ne donna aucun résultat.

Un second cas se rapporte à un malade atteint d'alopécie areata du cuir chevelu et de la barbe, datant de 6 mois. Pilocarpine à l'intérieur pendant 12 semaines : au bout de 15 jours, on voit survenir de nombreux cheveux lanugineux, décolorés, qui se transformèrent ensuite en cheveux fortement pigmentés. Dans le cours du traitement, on était obligé de suspendre toutes les trois semaines, pendant 8 jours, l'emploi de la pilocarpine, parce qu'elle perdait son action sur les fonctions sécrétantes de la peau.

Dans un autre cas d'alopécie areata de la barbe, même marche de la maladie et guérison au bout de 5 mois.

Comme le fait avec juste raison remarquer le professeur Pick, on ne peut pas attribuer à la pilocarpine seule les résultats obtenus dans les cas de pelade rapportés ci-dessus, cette affection guérissant spontanément après un temps plus ou moins long.

Dans un cas de tricoptilose limitée aux poils de la moustache, la pilocarpine, à la dose de 5 milligrammes, provoqua des douleurs de tête et ne produisit, d'autre part, aucun résultat favorable, malgré la continuation de son usage pendant trois mois consécutifs avec de rares interruptions.

Enfin dans 10 cas d'alopécie pityriasique traités par la pilocarpine, les résultats furent plus satisfaisants. Tout d'abord les squames prirent un autre caractère : elles devinrent plus grandes, moins friables, d'une nature plus huileuse. Leur quantité diminua d'une manière graduelle. Les cheveux n'étaient plus poudreux. La chute des cheveux s'arrêta et ceux qui repoussèrent furent plus vigoureux et convenablement pigmentés. En présence de ces résultats, l'auteur pense que, si la maladie n'est pas arrivée à un degré très avancé et n'est pas héréditaire, l'emploi de

la pilocarpine peut donner des succès durables. (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, n° 1, 1880.)

---

Carcinom auf lupus (lupus compliqué de carcinome), par le professeur E. Lang.

La complication du lupus par le cancroïde n'est pas un fait très rare, elle a été signalée par bon nombre d'auteurs français et étrangers. Le cas rapporté par le docteur E. Lang présente cette particularité très importante que le malade est resté presque un an en observation après avoir été opéré, et que pendant tout ce laps de temps il ne s'est pas produit de récidive.

Il s'agit d'un homme de 57 ans qui, depuis l'âge de 10 ans, était atteint d'un lupus qui avait envahi successivement la plus grande partie de la face, à l'exception du menton, de la lèvre supérieure droite, de la partie supérieure du front et des paupières supérieures. Sur les régions temporales et derrière le pavillon des oreilles, la maladie avait dépassé la limite des cheveux. La plus grande partie de la face avait une coloration rouge-bleu et était traversée d'une infiltration molle, diffuse, si abondante, que la peau en ces points paraissait très épaissie, notamment au niveau du pavillon des oreilles qui était transformé en un bourrelet ayant l'épaisseur du doigt, et avançait sur la moitié inférieure du front où il faisait une saillie notable au-dessus des parties voisines. Les paupières inférieures étaient en ectropion. Toute la face dorsale du nez et la joue droite étaient recouvertes de croûtes brun noirâtre, épaisses, au-dessous desquelles on apercevait une surface ulcérée, rouge, saignante par places, avec des granulations de grosseur variable, luxuriantes, mais molles. Une ulcération plus petite mais présentant le même aspect existait sur la joue gauche où du reste étaient disséminées, jusqu'à la tumeur que je vais décrire, des nodosites lupeuses.

Les ailes du nez étaient rétractées et l'ouverture de la narine gauche rétrécie au point de ne plus former qu'une étroite fente.

Immédiatement au devant du lobule de l'oreille gauche qui était épaissi comme le pavillon de l'oreille par des infiltrats lupeux et tranformé en un renflement informe, on voyait sur une base un peu rétrécie, une tumeur hémisphérique de 4 centimètres de diamètre et de 2 centimètres dans sa partie la plus saillante. Sa surface était inégale, recouverte de croûtes, présentant tantôt des tubérosités, tantôt des crevasses, la plus grande partie rouge, çà et là nécrosée. La tumeur elle-même était molle, assez mobile et peu douloureuse.

Il était évident qu'il s'agissait ici d'un carcinome qui, dans les dernières semaines, était venu compliquer un lupus datant de 47 ans. Comme l'infiltration carcinomateuse n'atteignait pas encore une grande profondeur, l'auteur pensa que l'ablation du néoplasme pourrait être tentée avec succès.

Dans tout lupus compliqué d'un cancroïde, on peut craindre que ce dernier ne devienne bientôt un cancer dans la pire acception du mot. Le terrain seul sur lequel le cancroïde se développe favorise le développement du caractère malin. Le carcinome peut pénétrer beaucoup plus facilement et rapidement un tissu relâché par le lupus et atteindre en un temps beaucoup plus court une grande extension que dans les cas ordinaires; c'est ce que l'auteur a déjà signalé dans un précédent travail.

Dans les trois cas connus jusqu'à présent, la guérison a été due à cette seule circonstance que les malades avaient été traités de bonne heure.

Comment il se fait qu'un cancer s'ajoute à un lupus en voie de développement depuis plusieurs années, c'est certainement là une question très intéressante pour le clinicien ; et c'est dans les épitheliums croissant vers le tissu lupeux qu'on doit chercher le point de départ de la formation carcinomateuse (c'est-à-dire de la prolifération épithéliale atypique).

Cependant d'après Thoma, Kaposi et Lang, le développement des épitheliums vers les parties lupeuses est si fréquent et d'autre part le lupus se transforme si rarement en cancroïde, après un aussi long intervalle que l'on doit, outre ces conditions, en admettre d'autres mal connues jusqu'à présent.

Comme il était probable que l'infiltration cancroïdale ne s'était pas encore étendue très loin, l'auteur se décida à enlever la néoformation à l'aide du raclage, qui permettait le mieux de ménager le tissu, point très important dans le lupus en raison de la cicatrice consécutive. Avec le bord aiguisé d'une spatule légèrement recourbé, on enleva (nov. 1878), la tumeur et on racla la base et les parties voisines avec une curette ordinaire, jusqu'à ce que la résistance du tissu indiquât que l'on avait enlevé tout le carcinome: Sous l'influence d'un pansement phéniqué, la guérison de la plaie se fit graduellement, on la badigeonna en outre chaque jour avec la teinture arsenicale de Fowler et le 1er février 1879 elle était recouverte d'une cicatrice solide.

Pendant tout ce temps, traitement habituel du lupus, c'est-à-dire de l'iodure de fer et plus tard de la liqueur de Fowler qu'il prend encore actuellement.

Il n'est pas survenu de récidive jusqu'à présent, un an après l'opération. Le lupus s'est même amélioré et si notablement que l'ectropion de la paupière inférieure paraît diminué. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, n° 48, 1879.) A. .D

---

Traitement du prurigo par la pilocarpine, par le professeur Simon, de Breslau.

L'auteur a employé la pilocarpine avec succès dans un certain nombre de cas de prurigo. Chez les adultes, il a administré habituellement ce remède en injections sous-cutanées, chaque jour quinze gouttes environ d'une solution à 2 0/0. A l'intérieur, il prescrivait un sirop de jaborandi préparé en faisant infuser 90 grammes de feuilles de jaborandi dans 450 grammes d'eau bouillante avec addition de 540 grammes de sucre. La dose de ce sirop était, pour les adultes, de une à deux cuillerées à bouche; pour les enfants, de deux cuillerées à café, et pour les petits enfants, d'une cuillerée à café. Après l'administration du sirop on enveloppait toujours le malade de couvertures de laine pendant deux ou trois heures. Sous l'influence de ce traitement, les individus atteints d'une forme avancée de prurigo commençaient à avoir des sueurs profuses, il en résultait presque toujours une action favorable et rapide sur les lésions cutanées. Dès la première dose il se produisait une atténuation très notable dans le prurit, ou il cessait même entièrement. Cet effet tenait évidemment au ramolissement produit par la transpiration sur la peau dure et sèche. L'éruption diminuait rapidement, les papules récentes de prurigo étaient beaucoup moins nombreuses, et comme le grattage avait diminué ou cessé, la peau graduellement perdait sa rugosité. L'engorgement des ganglions inguinaux disparaissait sans aucun traitement local, et il en était de même des sillons cutanés profonds occasionnés par l'hypertrophie des papilles. Dans les cas légers, la résolution complète était obtenue en quinze jours environ, et dans les cas graves en trois ou quatre semaines; dans les plus invétérés on fut obligé de continuer le traitement un peu plus longtemps. Dans la plupart des cas, le professeur Simon n'a employé que la pilocarpine ou le jaborandi, mais dans d'autres il y a joint la médication locale, ce qui, selon l'auteur, rendait la guérison plus rapide. Le traitement local consistait dans ces derniers cas en onctions sur les parties malades avec le goudron ou en badigeonnages avec l'huile de cade, suivis d'un bain chaud de deux ou trois heures. Quant aux récidives, elles paraissaient moins intenses qu'à la suite des traitements ordinaires.

Contrairement à l'opinion d'Hebra, le professeur Simon croit que le prurigo n'est incurable que lorsque les malades ont passé un certain âge. Il pense que jusqu'à l'âge de quatre ans la maladie peut souvent guérir. Il est parfois difficile de diagnostiquer le prurigo d'avec l'urticaire papuleuse, qui est très commune et facilement curable dans la première enfance. Le prurigo est excessivement rare en Amérique et en Angleterre, mais à Vienne, Breslau et Berlin il représente 2 0/0 de tous les cas de dermatose traités dans les hôpitaux. Je ne connais pas de statistique en France sur cette maladie ; mais, d'après ce que j'ai observé, je crois qu'elle serait seulement dans la proportion de 3 pour 1,000. Schmitz a rapporté deux cas dans lesquels des cheveux ont poussé sur des places chauves à la suite de l'administration de la pilocarpine, et Schüller a vu, chez un lapin, les poils revenir sur deux points dépilés après deux injections de pilocarpine. Dans un des cas de prurigo qui était également affecté d'alopécie areata, Simon a constaté la guérison de la première maladie, tandis que la pelade ne fut nullement modifiée par le traitement. Dans un autre cas d'alopécie complète, chez une femme de 30 ans, qui avait perdu tous ses cheveux et tous ses poils, voire même les poils follets, vingt injections suffirent pour amener la pousse des poils follets sur tout le corps au bout de quelques semaines. Dans l'eczéma et dans le psoriasis, la pilocarpine s'est montrée complètement inefficace, et dans un cas de pemphigus foliacé elle a eu une action nuisible, elle détermina de la rougeur et de la sensibilité de la peau. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 49, 1879 et *New-York médical Record*, n° 15, 1880.) A. D.

---

TEIGNE TONSURANTE ; SON DIAGNOSTIC ET SON TRAITEMENT, par ALDER SMITH (*The Lancet*, 10, 24 et 31 janvier 1880). — MÊME SUJET, par WYNDHAM COTTLE (même journal, 27 mars 1880).

Le travail de M. Alder Smith est le résumé de nombreuses observations faites avec l'esprit le plus minutieusement pratique. Dans la première partie, l'auteur insiste sur les difficultés de diagnostic de la teigne tonsurante, quand le temps seul, ou trop souvent son association aux traitements incomplets, ont modifié les caractères primitifs de la plaque tricophytique. Signalons surtout ses remarques sur la teigne disséminée (*disseminated ring worm*), dans laquelle il n'y a ni calvitie, ni plaques annulaires furfuracées, mais où, sous une chevelure abondante, on retrouve le parasite dans des gaines pileuses disséminées sur le cuir chevelu dans toutes les directions. M. Alder Smith met en garde

contre l'erreur trop commune qui consiste à regarder l'affection parasitaire comme guérie parce qu'on n'a pas trouvé le champignon dans les bulbes pileux des grands cheveux qu'on arrache et qui peuvent être extraits en entier du pourtour des plaques suspectes; pour lui le diagnostic et le pronostic de ces cas dépendent de l'examen des poils courts. Passons sur l'étude des formes douteuses où un examen superficiel peut faire songer à une séborrhée ou à un eczéma du cuir chevelu, et arrivons à la partie importante, qui est celle du traitement.

Dans les *cas ordinaires récents*, après avoir coupé les cheveux courts ou même les avoir rasés, M. Alder Smith emploie la glycérine phéniquée (1 partie d'acide phénique pour 1, 2 ou 3 de glycérine, suivant la forme de la maladie ou l'âge du sujet) non pas seulement en application, mais aussi deux ou trois fois par jour, et pendant deux ou trois mois sur les plaques malades. Le traitement ne serait pas très douloureux, mais l'auteur recommande pourtant de le surveiller de près; dans quelques cas il l'accentue par des applications épispastiques faites au début ou pendant le traitement sur les points plus spécialement attaqués; la tête doit être tenue propre par des lavages fréquents, isolée par des bonnets, et enduite la nuit de glycérine phéniquée au 8e. Ce liquide imbibe facilement le follicule pileux et permet à la pince épilatoire d'agir avec plus d'efficacité.

Pour les cas où la plus grande partie du cuir chevelu est intéressée, l'application de la glycérine phéniquée ne serait pas sans inconvénients, surtout chez les jeunes gens, et l'auteur y substitue avec avantage une pommade faite avec parties égales d'acide phénique pur, d'onguent citrin et de pommade soufrée; au-dessous de dix ans il est encore plus sûr de mettre une proportion double de pommade soufrée. Le cuir chevelu peut être frictionné dans son entier chaque soir, et les plaques isolées touchées le matin, soit avec la même pommade, soit avec la glycérine phéniquée.

Dans les cas récents et simples, un grand nombre de remèdes réussissent; l'auteur a retiré de bons effets de la pâte de Coster (1 partie d'iode pour 2 d'huile de cade, et de l'acide acétique en application très localisée). Il est peu partisan de la poudre de Goa ou de la pommade à l'acide chrysophanique.

Dans les cas chroniques, la destruction du parasite est rendu particulièrement difficile par sa présence dans le fond même du follicule pileux. L'auteur regarde alors l'oléate de mercure comme le remède le plus propre à détruire le champignon, et ne craint pas d'en frictionner tout le cuir chevelu jusqu'à deux fois par jour. Il n'aurait observé qu'une seule fois une légère salivation chez un enfant de quatre ans (!) Le mercure entre dans cette préparation, très usitée en Angleterre, pour une

proportion de 5 ou de 10 suivant les cas. Pour les teignes chroniques, l'épilation est de peu d'utilité; la pince casse le poil au ras de la peau et laisse le parasite intact dans le follicule.

Le traitement par l'oléate de mercure a donné à l'auteur, au bout de 3 à 6 mois, soit des guérisons complètes, soit des améliorations considérables en restreignant la maladie aux plaques primitives ou à quelques points isolés. C'est alors que M. Alder Smith a recours à un traitement auquel il attache une grande importance et reconnaît une efficacité presque absolue, c'est ce qu'il appelle *la production artificielle d'un chorion.*

Il arrive parfois que les remèdes ordinaires (glycérine phéniquée, onguent citrin, oléate de mercure) appliqués à une plaque trichophytique provoquent, sans qu'on l'ait cherché, une inflammation se traduisant par du gonflement, de l'infiltration, et quelquefois un écoulement muqueux purulent, dans lequel sont souvent entraînés les poils de la région qu'on peut, en tout cas, extraire à la pince avec une grande facilité. C'est ce processus auquel M. Alder Smith fait appel intentionnellement, dans les cas invétérés, en appliquant sur quelques plaques de dimensions modérées (1 shilling) de l'huile de croton pure. La pustulation inflammatoire cherchée peut ne survenir qu'après plusieurs applications, mais l'escarification serait tout à fait exceptionnelle si l'on atténue la violence du traitement par des cataplasmes et des lotions fréquentes d'eau tiède. En outre la calvitie absolue qui succède à ce traitement ne serait pas permanente, et dans presque tous les cas l'auteur aurait vu repousser les cheveux sur les plaques trichophytiques si énergiquement attaquées. L'auteur croit que dans les cas chroniques, si rebelles, où l'on ne rencontre que des poils cassés ou ces points noirs bien connus des dermatologistes, le seul traitement efficace consiste à toucher le point suspect reconnu à la loupe avec une goutte d'huile de croton, et cette petite opération pourrait être répétée sans inconvénients pendant des mois.

Enfin, dans quelques cas *tout à fait exceptionnels*, dans lesquels il est important de guérir rapidement une plaque trichophytique, l'auteur ne craint pas d'employer une pâte escharotique, conseillée par Tilbury Fox, et composée de parties égales de trichlorure d'antimoine et d'axonge.

Malgré tous ces remèdes, M. Alder Smith a vu quelques cas tout à fait réfractaires, mais qui se guérissent spontanément quand le sujet atteint 15 ou 17 ans. D'autre part, chez les très jeunes enfants, la teigne tonsurante se guérit presque avec n'importe quoi et il faut éviter les remèdes énergiques.

Le traitement général par les toniques et le changement d'air ne

doit pas être négligé ; l'auteur entre dans les détails les plus minutieux sur la désinfection des objets de toilette. Enfin jusqu'à quel point l'isolement doit-il être porté ? S'il doit être absolu dans les cas récents, M. Alder Smith croit que dans les cas rebelles à un an ou deux de traitement, leur mélange sous une surveillance et un traitement médicaux, avec les autres enfants d'un asile ou d'une école, est sans inconvénient et préférable aux rencontres qui peuvent multiplier au dehors les chances de contagion que personne ne contrôle.

M. Wyndham Cottle adopte la plupart des idées de M. Alder Smith et rappelle seulement qu'il a déjà signalé l'emploi de l'huile de croton dans les cas invétérés de teigne tonsurante. Voici le traitement auquel il s'est arrêté pour cette affection :

Dans les cas récents de teigne tonsurante, et dans tous les cas d'herpès circiné chez les enfants, après avoir nettoyé et débarrassé les parties de leurs produits de sécrétion, faire trois frictions par jour avec une solution alcoolique d'acide salicylique (30 grains pour 1 once). Dans des cas exceptionnels seuls, certains points seront touchés avec des substances plus énergiques, telles que l'acide acétique ou l'acide phénique.

Dans les cas chroniques, toucher les points malades avec le liniment au croton de la pharmacopée britannique : l'alcool qu'il contient le rendrait préférable à l'huile pure. M. Cottle croit qu'il faut par ce moyen chercher, non pas une inflammation de la plaque malade, comme M. Alder Smith, mais simplement la vésication de sa surface, ce qui suffirait pour l'élimination des poils malades et rendrait le traitement moins douloureux.

H. C.

---

## La lèpre au Japon et son traitement par le copahu, par D.-B. Simmons (*The New-York medical record*, 10 avril 1880).

L'auteur, médecin de Ken-Hospital à Yokohama, résume dans une courte lettre les résultats de sa pratique sur la lèpre : cette affection existe depuis très longtemps dans toutes les parties du Japon ; les médecins et le public croient généralement à sa transmission héréditaire, et tout projet de mariage donne lieu sur ce point dans les deux familles à une enquête minutieuse, ce qui a enrayé l'extension de cette maladie bien plus que n'aurait pu le faire toute disposition légale. M. Simmons regarde le copahu à l'intérieur et en frictions comme le remède le plus efficace qu'il ait trouvé contre la lèpre ; la forme anesthésique est celle qui est influencée le plus favorablement par ce traitement.

H. C.

---

Traitement de l'herpès gestationis, par M. Stanley Gale (*The Lancet*, 17 avril 1880).

De même que dans le pemphigus récurrent, l'auteur donne à l'intérieur de la quinine, associée quelquefois au fer et à l'huile de foie de morue. Mais, de plus, dès que les phlyctènes sont formées, il les perce, rabat l'épiderme et cautérise largement la surface mise à nu au nitrate d'argent solide. La douleur est vive, mais tous les cas guérissent rapidement, et dans les deux observations rapportées les récidives presque constantes dans les grossesses antérieures furent prévenues par ce traitement.

H. C.

---

Ein Fall von vereiterndem Rhinosklerom, von Dr Maximilian Zeissl, opérateur an Hofr. V. Dumreicher's chirurgischer Klinik (Un cas de rhinosclérome par Zeissl). — Wiener Medizin. Wochens. n° 22, 1880, p. 621.

Cette observation est remarquable par l'extension et la destruction terminale d'un rhinosclérome, fait encore unique, et par la démonstration incontestable de sa nature non syphilitique.

Homme de 35 ans, mis en observation le 7 octobre 1872. Pas d'antécédents syphilitiques. Depuis 1864, diminution de l'odorat et difficulté de la respiration par le nez. En 1866, lésions cutanées au niveau de l'aile du nez et du sac lacrymal gauche. Aggravation, malgré un traitement antisyphilitique de quatre mois.

A ce moment le malade vient à Vienne. Il accuse comme cause une chute sur le nez. Pas traces de lésions syphilitiques. Au niveau de la peau qui recouvre les deux sacs lacrymaux, rhagades recouvertes de croûtes et développées au niveau de nodosités très dures, l'une a arrêté par compression le cours des larmes. Deux nodosités du même genre forment une masse dure au niveau de l'aile du nez du côté gauche ; petit noyau du côté droit. Les deux narines sont obstruées par une infiltration épaisse de la muqueuse. Tout le nez paraît œdémateux. A l'inspection de la bouche, petite tumeur au niveau de la luette, l'autre sur la voûte palatine près des incisives.

La longue durée et les antécédents ne permettaient pas de songer à la syphilis. L'absence de tubercules et de zone inflammatoire périphérique firent éliminer le diagnostic de lupus.

Malgré tout, traitement antisyphilitique de six mois (successivement frictions mercurielles, tisane de Zittmann, iodure de potassium).

En dépit de ce traitement, ramollissement et suppuration des noyaux de l'aile du nez ; la néoformation avait du reste envahi toute la région comprise entre le lobule du nez et le sillon naso-labial (10 avril 1873).

Le 23 avril, ramollissement des noyaux situés au niveau des sacs lacrymaux. Le 9 mai, ulcération et chute de la muqueuse de la cavité gauche du nez qui faisait hernie par suite de sa tuméfaction. Vaste cavité suppurante. En même temps, apparition de nombreuses nodosités sur la muqueuse de la voûte palatine. Pendant tout ce temps, iodure de potassium.

Le malade quitte l'hôpital au bout de neuf mois et revient six mois après, toujours dans le même état; pas de tendance à la guérison; envahissement de l'isthme du gosier.

Le 20 septembre 1874, Heymann, de Berlin, donnait les nouvelles suivantes du malade: destruction de la cloison des fosses nasales; supérieurement envahissement de la paupière gauche, inférieurement de la lèvre supérieure.

Enfin, derniers renseignements fournis par Brand, de Radriechow, qui vit le malade succomber à des accidents de pyohémie le 16 septembre 1876: toute l'aile gauche du nez était détruite; les bords de l'ulcération étaient d'une dureté remarquable, recouverts de nombreuses petites nodosités. La muqueuse de l'isthme du gosier et de la bouche présentait des traces d'ulcération.

Il résulte de cette observation que le rhinosclérome peut se ramollir et s'ulcérer comme les autres tumeurs.

La marche et l'absence d'adénopathie plaident en faveur de la nature sarcomateuse du rhinosclérome admise par Hebra, Kaposi. Peut-être s'agit-il simplement d'une inflammation chronique.

H. M.

---

SCARENZIO. — *Sifilide congenita per diretta influenza paterna immunita della gestante contagio infettante nella puerpera per opera del neonato. (Syphilis congénitale par influence directe du père, immunité de la femme pendant la grossesse, contagion par le nouveau-né pendant la période puerpérale.)* Giornale italiano di Soresina, 1880, p. 15.

Une femme de 19 ans, de mœurs irréprochables, d'une santé toujours excellente, se marie en décembre 1874, avec un robuste jeune homme, revenu depuis peu du régiment, où il avait souffert d'accidents probablement syphilitiques, disparus depuis longtemps.

Au mois de septembre 1875, après une grossesse assez difficile, la jeune femme accoucha d'un enfant fort débile. Sa peau était couverte de rougeurs, il refusait le sein; à l'âge de 1 mois 1/2 il était pris d'ictère, et en même temps d'une conjonctivite blennorrhagique qui lui faisait perdre la vue. Puis, la partie inférieure du ventre et le haut des cuisses, se couvraient de pustules. Au 7<sup>e</sup> mois, ses lèvres devenaient le siège d'érosions et d'ulcérations aux commissures. En même

temps la mère, qui n'avait donné le sein qu'à cet enfant, qui n'avait confié même transitoirement le petit malade à aucune autre nourrice, voyait se développer sur le mamelon droit un chancre accompagné d'adénite et bientôt suivi d'une éruption lichénoïde caractéristique.

Le 13 mai 1876, les deux malades furent reçus à la clinique de Milan, où l'enfant mourut de cachexie au bout de 14 jours. La mère y séjourna 38 jours, puis sortit guérie à la suite de 2 injections sous-cutanées de calomel de 10 centigrammes chacune.

En juillet 1877, elle accoucha d'un second enfant, qu'il fallut traiter d'une dermatose pustuleuse, en même temps que la mère, reprise de ses accidents, se remettait au traitement par les injections et l'iodure de potassium.

De cette observation, M. Scarenzio conclut que :

1° L'infection syphilitique peut être communiquée au fœtus directement par influence paternelle;

2° La femme enceinte peut porter un enfant syphilitique et rester indemne;

3° Il y a imprudence à faire nourrir un enfant syphilitique par sa mère, à moins que cette dernière n'ait présenté antérieurement des symptômes de syphilis.

De pareilles conclusions, nous demandons à le dire franchement, et l'illustre professeur s'est montré jusqu'ici trop partisan de la discussion pour nous le reprocher, de pareilles conclusions vont à l'encontre des idées, des faits qui semblaient hier encore les mieux établis. Voilà donc cette loi de Colles, sur laquelle depuis nombre d'années nos maîtres les plus vénérés fondaient leur pratique, aussi bien dans les hôpitaux que dans la clientèle, sérieusement attaquée et ébranlée par un savant d'une autorité incontestable. Cependant un fait est peu de chose en lui-même, et j'avoue que notre inexpérience serait bien rassurée si les praticiens auxquels je fais allusion venaient nous affirmer qu'ils n'ont jamais eu à se repentir de s'être laissé guider par le médecin de Dublin.

L'observation de Scarenzio n'est pas, du reste, à l'abri de toute objection. La longue durée qui s'est écoulée depuis la naissance jusqu'à l'apparition des ulcérations labiales de l'enfant ne permet-elle pas de suspecter l'intervention d'un tiers. Et pourquoi rester muet sur l'état du père, qui n'a été vraisemblablement observé ni par Scarenzio ni par le professeur Quaglino, qui aurait été consulté après l'opthalmie pour tâcher d'en réparer les désordres. Est-il bien prudent d'établir rétrospectivement une relation d'un semblable, intérêt car enfin les sujets en cause n'ont été examinés que le 13 mai 1876, soit 17 mois après la naissance. Que M. Scarenzio veuille bien nous pardonner notre

scepticisme très scientifique et très loyal, uniquement inspiré par l'importance du sujet et la rigueur qu'elle commande.

En terminant, nous signalerons comme antithèse au travail précédent, un mémoire de Wolf, de Strasbourg, que vient de publier le *Centralblat fur Ginekologie* (mai 1880), et dont les conclusions sont diamétralement opposées à celles du très distingué professeur italien.

L. JULLIEN.

---

GUELFO VON SOMMER.— *Intorno ad un caso notevole di meningite sifilitica.* (*Sur un cas remarquable de méningite syphilitique.* (Il movimento medico-chirurgico, fasc. 11 et 12, 1879.)

1° Parmi les localisations précoces de la syphilis sur les méninges, il y en a une diffuse, à marche aiguë, qui, anatomiquement et cliniquement a une grande analogie tant avec la méningite idiopathique qu'avec la méningite tuberculeuse ;

2° La fièvre est cependant moins intense dans la méningite syphilitique ;

3° Peuvent également faire défaut : les vomissements, les accès convulsifs et les troubles de la sensibilité ;

4° Les troubles de la parole sont aussi notables que constants :

5° L'issue fatale peut survenir en dépit du traitement spécifique le mieux entendu.

Voici l'observation qui a fourni au docteur De Sommer, médecin de la marine royale, l'occasion de poser ces conclusions :

Un canonnier de 24 ans, souffre d'un chancre syphilitique en juillet 1878 ; une éruption papuleuse paraît, que l'on soumet au traitement mercuriel ; mais le spécifique est mal supporté et on le remplace par l'iodure de potassium, que le malade n'a plus cessé de prendre depuis ce moment. C'est en pleine mer qu'avaient éclaté les accidents, et ce ne fut que le 16 octobre, quand le vaisseau toucha Naples, que le malade, en proie à de violentes douleurs ostéocopes, fut admis à l'hôpital.

Le traitement mixte fut institué ; mais, un mois à peine après son entrée, de graves symptômes encéphaliques se montrèrent : douleurs, mydriase, diplopie, stupeur, parésie de la langue et des membres inférieurs ; persistance de la sensibilité cutanée ; finalement, mort dans le collapsus.

A l'autopsie, on trouve la dure-mère injectée, surtout au niveau de l'apophyse ensiforme du sphénoïde et au ventre. Des deux côtés de la

grande faux, il y a adhérence de toutes les méninges, avec la substance cérébrale. On note également la turgescence des vaisseaux de la pie-mère et de plus un exsudat gélatinoïde aux environs du chiasmos des pédoncules, et du pont de Varole. En ces points, la substance cérébrale est œdémateuse, mais nulle part les altérations ne sont plus marquées que dans les ventricules. Leurs parois, ramollies, paraissent se dissocier au contact du liquide qui ressemble à du lait caillé, tandis que de larges exsudats opaques et adhérents, recouvrent les plexus choroïdes. On observe également une tendance intime des deux lèvres de la scissure de Sylvius et une opalescence des plus accentuées du cercle de Willis.

En résumé, voilà une maladie qui n'offre aucune particularité spécifique au point de vue clinique ; la thérapeutique iodurée qui, en pareil cas, est habituellement d'une souveraine efficacité, reste infructueuse, enfin l'autopsie fait reconnaître les lésions propres à toutes les méningites ; aucune gomme, pas même un noyau, si petit qu'il soit, pour caractériser l'endocranite. Mais il y a coïncidence et concordance manifeste entre le développement de ces accidents et celui de la vérole. Faut-il en conclure à la spécificité de la méningite ?

Pour nous, tout en rendant hommage au talent déployé par M. De Sommer dans la défense de sa thèse, nous le déclarons franchement, nous ne sommes pas convaincus. L. JULLIEN.

---

I. Scarenzio. — *Della azione irritante dell'acido crisofanico e del modo onde prevenirne la diffusione alle parti sane (de l'action irritante de l'acide chrysophanique et du moyen de prévenir sa diffusion aux parties saines.)* Giornale Ital. delle mal. ven. 1879-263.

II. Roberto Campana. — *Della polvere di Goa nella cura di alcune dermopatie (de la poudre de Goa dans le traitement de quelques dermopathies)* Giornale internazionale delle scienze mediche, Nuova serie anno II, p. 76.

I. Les discussions sur l'usage thérapeutique de l'acide chrysophanique ne sont pas épuisées. On nous saura gré de revenir sur quelques particularités relatives à son emploi.

Frappé des avantages de cette substance dans le traitement des maladies de la peau à marche lente, le professeur Scarenzio de Milan s'est efforcé de parer à deux inconvénients indéniables de son action : *l'érythème et les macules hyperchromiques* qu'il laisse après lui. C'est à quoi il est

arrivé par l'emploi concomitant du *collodion riciné*. Il y a plusieurs années déjà que les indications de cette substance comme agent préventif, ou mieux limitant de certaines inflammations cutanées d'origine pathogénétique, avaient été magistralement établies par M. Sore ina. Grâce à la pellicule imperméable dont on peut recouvrir l'épiderme, le clinicien est absolument maître de l'action irritante de maints produits tels que le perchlorure de fer, les pommades au biiodure etc. Aussi les résultats de Scarenzio ont-ils été forts satisfaisants à ce point de vue. Dans la cure du psoriasis nummulaire diffus et du lupus érythémateux et tuberculeux, le processus substitutif chrysophanique maîtrisé, gradué et localisé a donné d'excellents résultats et l'auteur ne fait pas doute que cette pratique ne trouve bientôt de nombreux imitateurs.

II. — Non moindre est l'enthousiasme de Roberto Campana professeur de la clinique des maladies syphilitiques et cutanées à l'université de Gênes; à l'exemple de Liebermann et de Kaposi, Campana proteste contre le nom impropre d'acide chrysophanique donné à la substance tirée de la poudre Goa, qui contient à peine des traces de cet acide extrait habituellement de la rhubarbe ; aussi son mémoire est-il intitulé « de l'emploi de la poudre de Goa », bien qu'il ait fait plus particulièrement usage de son dérivé la *chrysarobine*.

Voici d'abord les formules suivant lesquelles il a réglé son emploi :

1° Chrysarobine 5 grammes; axonge 20 grammes.

2° Chrysarobine 5 grammes; huile d'amandes 10 grammes.

3° Chrysarobine 2 grammes; huile d'amandes 20 grammes ; essence de bergamotte 1 gramme.

4° Chrysarobine 5 grammes ; benzine 5 grammes ; camphre ou essence de lavande 50 centigrammes.

5° Chrysarobine 2 grammes ; vaseline 20 grammes ; huile de bergamotte 1 gr. 50.

6° Chrysarobine pure pour employer en poudre sur les altérations cutanées.

De ce mémoire très nourri de faits, je ne citerai que les points originaux relatifs à l'emploi de la chrysarobine contre les infiltrats syphilitiques et contre la lèpre. C'est ainsi qu'elle fut prescrite chez une femme qui présentait une *éruption papulo-hypertrophique* des membres inférieurs et qu'elle en favorisa singulièrement la résorption. L'auteur note cependant que la teinte brune qui persiste ordinairement après l'affaissement de l'élément néoplasique parut augmentée, et il se demande si l'irritation produite *in situ* par l'agent thérapeutique ne peut pas être considérée comme pouvant déterminer une accumulation de granulations pigmentaires.

En ce qui concerne la *lèpre*, les résultats furent très remarquables. Chez un homme de 49 ans, originaire de Voltri, la poudre de Goa in-

corporée à une pommade fut appliquée sur de gros tubercules et des macules des membres et du visage. Au bout de 2 ou 3 applications on observa une disparition des macules et de l'épaississement qui les accompagnait ; en quelques jours on eut raison de la coloration brunâtre gardée par les parties malades. Le visage qui fut ménagé, dans la crainte d'une irritation érythémateuse trop considérable, ne fut pas moins vite amélioré ; et sauf une épidermite accompagnée d'un peu de desquamation, l'auteur affirme qu'au bout de quelques jours de traitement il eût été difficile de distinguer les parties saines des points atteints.

Chemin faisant, le professeur, qui ne saurait oublier ses beaux travaux de clinique et d'anatomie pathologique, nous initie aux moindres détails des observations qu'il relate *in extenso*. Il nous semble intéressant de relever une particularité curieuse, relative à la lèpre. Il s'agit de l'*élévation de la température au niveau des macules lépreuses*. La peau y est plus chaude que dans les points symétriques du côté sain. Ainsi l'une des mains étant le siège d'une vaste tache érythémateuse, l'avant-bras correspondant offrait une hyperthermie de 1 à 2 degrés. La constatation de ce fait a été renouvelée en plaçant le membre dans les conditions les plus diverses, et pendant plusieurs jours. Voici par exemple les résultats obtenus pendant une semaine.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 26 | novembre | épaule gauche | 33° 9′ | épaule droite | 32° 9′ | diff. | 1° |
| 27 | — | — | 36° 6′ | — | 34° 2′ | — | 2° 4′ |
| 28 | — | — | 36° 8′ | — | 34° 8′ | — | 2° |
| 29 | — | — | 37° 7′ | — | 34° 6′ | — | 2° 1′ |
| 30 | — | — | 36° 9′ | — | 35° 1′ | — | 1° 8′ |
| 1 | décembre | — | 37° 2′ | — | 35° 5′ | — | 1° 7′ |
| 2 | — | — | 37° 7′ | — | 36° 4′ | — | 1° 3′ |

Il s'agit ici de la température de la surface cutanée ; venait-on en effet à placer le thermomètre dans l'aisselle, on n'observait aucune différence entre les deux côtés.

L'auteur se borne ici à énoncer ce fait, pour prendre date ; mais les questions les plus hautes de la pathologie générale lui sont trop familières, pour qu'il n'en aborde pas sous peu la cause intime. Les lecteurs des *Annales* peuvent compter que nous les tiendrons au courant de cette étude doublement attrayante, et par l'intérêt du sujet et par l'autorité du savant professeur. L. JULLIEN.

C. Carabelli. — *L'oleato di zinco nella cura dell Eczema* (*L'oléate de zinc dans le traitement de l'eczéma*). Giornale Italiano delle mal. ven. 1880 page, 98.

C'est le Dr Redeliffe Croeker qui le premicr a employé l'oléate de zinc eontre l'eczéma. On trouvera son mémoire dans le *British Medical journal* du 26 oetobre 1878; c'est, dit l'auteur, le remède le plus puissant que nous ayons contre la maladie vésieuleuse soit aiguë soit ehronique. Le 17 avril 1879, le même reeueil publia un travail de James Sawyer qui confirmait les résultats de Redeliffe ; l'oléate mêlé à de la vaseline ou à de l'axonge lui avait donné les meilleurs résultats surtout dans le traitement de l'eczéma du euir chevelu des enfants.

Enhardi par ces expériences favorables, Carabelli mit le nouveau remède à l'essai et vient nous exposer les résultats de sa pratique, résultats forts heureux, hâtons-nous de le dire.

Et d'abord, comme l'on ehereherait en vain dans nos formulaires le nom du nouveau médieament, il n'est pas inutile de dire comment il est bon de s'y prendre pour le préparer.

L'auteur l'a obtenu très simplement en unissant par parties égales l'acide oléique et l'oxyde de zinc. On obtient ainsi une substance solide d'un blanc sale, friable, qui peut être employée mélangée à de la vaseline dans la proportion de 4 à 6 d'oléate, pour 30 de vaseline. L'oléate de zinc doit être placé dans la même classe que l'onguent diachylon d'Hébra, qui n'est qu'un oléate de plomb mélangé à un stéarate et à un manganate du même métal.

Parmi les observations qui aceompagnent ee travail, il en est deux qui méritent d'être reproduites brièvement. La première a trait à un jeune homme de 25 ans, de bonne constitution qui souffrait depuis 4 ans d'un eczéma de la main. Il avait essayé sans suceès les onctions avec la pommade au bismuth, les cataplasmes faits avee l'eau végéto-minérale, les maniluves à l'eau de son, les badigeonnages avee le glycerolé au nitrate d'argent, et enfin la pommade au préeipité blane. Carabelli lui ordonna en désespoir de cause l'oléate de zinc uni à la vaseline (6 pour 30). Après 15 jours de badigeonnages biquotidiens, la guérison était complète.

Un libraire de 50 ans fait l'objet de l'autre observation que nous tenons à relever. Il était depuis 4 mois atteint d'un eczéma qui parti du front, s'était étendu petit à petit au visage tout entier, au cou, aux parties supérieures de la poitrine, aux bras et au dos des mains. La peau de ces régions était gonflée et rouge, recouverte de squames en quelques

points, fendillée de crevasses très douloureuses au niveau des sillons naturels. L'oléate à 6 pour 30 de vaseline fut ordonné après que les croutelles eurent été détachées au moyen de cataplasmes. Dès le second jour, le prurit avait disparu, et le malade pouvait reposer pendant la nuit ; bientôt les fissures se comblaient, et quand M. Carabelli revit le malade vers le 18e jour, la guérison était à peu près achevée.

Nous n'aurions garde de passer sous silence deux observations négatives que l'auteur a cru devoir rapporter à côté des faits précédents ; elles ne font, ce semble que les corroborer, en prouvant que loin de s'abandonner à un enthousisame trop fréquent en pareil cas, l'auteur a soumis ses résultats à un contrôle sévère et qu'il n'a nullement l'intention de présenter une panacée. Malheureusement les documents nous font encore défaut pour l'appréciation exacte des indications et des contre-indications, c'est à l'expérience de chacun d'en recueillir les éléments.

LOUIS JULLIEN.

---

A. Chiamenti. — *Rapida guarizione di un caso di psoriasi ottenuta per mezzo di forte dose di preparato arsenicale seuza fenomeni d'intossicamento (rapide guérison d'un cas de psoríasis obtenu au moyen de fortes doses de préparations arsenicales sans phénomènes d'intoxication).* Lo Sperimentale, Tome 44.

Un psoriasique se présente chez le Dr Chiamenti, qui lui prescrit l'usage de l'acide arsénieux. Pour plus de sûreté dans l'administration du toxique, il conseille l'emploi de la gélatine arsenicale de De Cian, de Venise, médicament très exactement dosé et que l'on vend sous forme de lamelles divisées en cinquante petits carrés contenant chacun 2 milligrammes.

Au bout de 2 jours le malade revu par Chiamenti se félicite beaucoup du remède, les éléments éruptifs sont très modifiés, les lamelles squameuses se détachent aisément, et par-dessus tout, l'état général est merveilleux. Le sujet, un robuste marin d'une trentaine d'années, ne tarit pas sur l'état de bien-être qu'il éprouve, notamment sur son appétit extraordinairement augmenté. Le médecin lui conseille de continuer l'usage du médicament qu'il lui avait prescrit à la dose de 4 milligrammes d'acide, pendant les premiers jours ; mais quel n'est pas son étonnement quand le malade lui avoue qu'il a absorbé tout ce qu'on lui a remis : soit 10 *centigrammes d'acide arsénieux en 2 jours.*

Le remède fut suspendu, mais la guérison n'en survint pas moins avec une extrême rapidité.

De pareilles observations ne sont point rares, c'est chose fréquente que de voir des malades guérir comme par enchantement sous l'influence de doses que l'expérience nous a fait reconnaître comme toxiques dans maintes occasions. Mon maître Gailleton vit un malade débarrassé en quelques heures d'une stomatite mercurielle, après avoir absorbé d'un coup 20 grammes de chlorate de potasse, sa provision de toute une semaine; chacun connaît l'histoire du malade de Broadbent, si je ne me trompe, qui progressivement était arrivé à prendre 30 grammes par jour d'iodure de potassium, et j'ai lu quelque part dans le journal de Soresina l'histoire d'un syphilitique qui put prendre impunément une quantité invraisemblable de sublimé. Pour l'arsenic, la chose est mieux établie encore. Les paysans styriens qui pour se rendre plus agiles mâchonnent avec leur pain, de l'orpiment ou de l'acide arsénieux, commencent par 2 ou 3 centigrammes quotidiens pour ne s'arrêter qu'à 20 ou 25 ; et bien que des accidents mortels aient été observés, on peut dire que d'une façon générale leur vitalité n'en est pas atteinte puisque il n'y a guère de contrées où l'on rencontre une proportion plus grande de vieillards et d'enfants illégitimes (60 pour 100). Ces faits nous montrent combien nous savons peu de choses encore sur le rôle des médicaments dans l'organisme, et avec Chiamenti on en arrive à se demander si la prudence dont nous n'avons garde de nous départir, n'est pas exagérée, si dans bien des cas elle n'est pas la vraie cause de nos insuccès. Rechercher les conditions individuelles physiologiques ou morbides qui commandent la tolérance, l'exagèrent ou l'annihilent, voilà certes un beau sujet d'études; mais qui aura le courage de l'aborder ?

LOUIS JULLIEN.

---

Affection syphilitique de longue date du larynx et des poumons; grande émaciation ; amélioration rapide sous l'influence de l'iodure de potassium; remarques, par Poore. (*The Lancet*, 10 janvier 1880.)

Cas intéressant de pseudo-phtisie pulmonaire et laryngée aux particularités suivantes : le sujet, âgé de 24 ans, ignorait l'existence de l'accident primitif; mais les commémoratifs permirent de lui assigner un siège anormal au-dessous de l'œil droit. L'amaigrissement a été très rapide, et sa voix était complètement abolie au moment où M. Poore vit le malade. Au laryngoscope : infiltration et épaississement de l'épiglotte, qui ne peut se relever de manière à laisser voir la glotte ; on aperçoit seulement la partie postérieure des replis aryténo-épiglottiques

également gonflés et infiltrés. Thorax aplati, respiration soufflante dans tous les points, sans signes plus marqués aux sommets, toux fréquente et pénible, expectoration presque nulle. Le malade, envoyé à Brompton-Hospital comme tuberculeux, fut reconnu syphilitique par M. Poore aux ulcérations nombreuses, cicatrisées ou non, qu'il présentait sur les amygdales, la luette et d'autres points du voile du palais.

L'iodure de potassium fut donné, associé au fer, et continué pendant plus d'un an et demi avec des intermittences nécessitées par des poussées érysipélateuses que son administration causa à plusieurs reprises. L'effet fut surtout marqué sur l'amaigrissement qui disparut, et sur la voix qui revint entièrement ; quand le traitement fut interrompu, non seulement la phonation était revenue, mais la voix avait un timbre de basse qui ne pouvait faire supposer que le larynx eût été le siège de manifestations syphilitiques, dont la guérison ne s'accomplit guère d'habitude sans que les fonctions de l'organe lésé conservent quelques traces indélébiles. H. C.

---

Notes cliniques sur la névralgie du nerf sciatique causée par la syphilis, par R.-W. Taylor. (*The New-York medical journal*, mars 1880.)

Voici l'analyse des observations personnelles de l'auteur :

*Obs.* I. — Voyageur de commerce, jeune et de bonne constitution qui, *moins de six mois* après l'apparition d'un chancre induré, traité par le mercure, est pris de céphalée et de douleurs névralgiques revenant régulièrement chaque soir, et siégeant le long des nerfs crural et sciatique droits. Insuccès absolu d'un traitement par la quinine et les vésicatoires. Guérison rapide par un traitement mixte à l'iodure de potassium et aux frictions mercurielles. L'année suivante, légère récidive de la sciatique seule, rapidement enrayée par un léger traitement mercuriel. Évolution bénigne de la syphilis traitée pendant trois ans par intermittences. Marié depuis trois ans et père de deux enfants sains.

*Obs.* II. — Sujet atteint à deux reprises de blennorrhagie se compliquant, outre une épididymite, de synovite des genoux et de sciatique, droite une première fois, gauche la seconde. Il prend, en 1870, un chancre induré (étant complètement guéri de sa blennorrhagie et de ses complications); en même temps qu'une poussée papuleuse généralisée, réapparition d'une sciatique gauche à exacerbations nocturnes

et symptômes de cachexie commençante. Insuccès de l'iodure de potassium et des opiacés; guérison lente par les injections au sublimé. Depuis, deux récidives de sciatique : l'une, sous l'influence d'une nouvelle blennorrhagie; l'autre, sans cause provocatrice nouvelle; ces deux nouvelles attaques névralgiques étaient bilatérales et cédèrent très lentement à un traitement spécifique et tonique.

Ainsi que le remarque l'auteur, cette observation montre d'une façon très intéressante comment la diathèse syphilitique peut compliquer et perpétuer certaines névroses en leur imprimant quelques-uns de ses caractères.

*Obs.* III.[1]— Hémiplégie succédant à des gommes des bras développées dans la 6e année d'une syphilis ; guérison au bout de deux mois par l'iodure de potassium. Une année après cette attaque, sciatique droite très intense, améliorée par les mercuriaux à l'intérieur, mais guérie surtout par des bains aux vapeurs mercurielles et l'iodure de potassium.

*Obs.* IV. — Homme de 40 ans, syphilitique depuis 8 ans, ayant eu 6 ans auparavant des gommes étendues du dos. Large infiltration de la fesse gauche, avec ulcère profond au niveau du bord inférieur des muscles fessiers. Douleurs sciatiques guéries en 6 mois, mais récidivant de temps à autre. Dans ce cas, le nerf étant très probablement englobé dans l'infiltration gommeuse de la région.

*Obs.* V. — (Citée seulement). Exostoses syphilitiques de l'ischion droit, chez un sujet cachectique ; sciatique par compression mécanique.

H. C.

---

Leçon sur un cas de syphilis intra-crânienne, par Hughlings Jackson. (*The Lancet*, 21 février et 6 mars 1880.)

L'histoire didactique de la syphilis cérébrale est trop bien connue depuis l'ouvrage de M. Fournier pour qu'il soit utile de suivre M. Hughlings Jackson dans l'analyse minutieuse des symptômes des encéphalopathies spécifiques qu'il passe en revue à propos d'un de ses malades qui ne présente, par lui-même, aucune particularité clinique bien nouvelle.

Nous retiendrons seulement les points suivants, utiles comme éléments diagnostiques :

1° *La paralysie de la 3e paire* éveille fortement l'idée de la syphilis quand elle se produit dans un cas chronique, accompagnée ou précédée

de céphalalgie; elle dépendra bien rarement d'une tumeur non syphilitique de la base, et s'accompagnera alors communément de névrite optique double, de vomissements sans cause précise; moins fréquemment encore elle sera sous la dépendance d'un anévrysme d'une artère de la base, et alors l'état du cœur donnera des renseignemens précieux. Mais la cause la plus commune de la paralysie du moteur oculaire commun en dehors de la syphilis, c'est l'ataxie locomotrice à la période prodromique; dans ce cas, nous ne trouverons pas de céphalalgie, ou bien elle sera sous la forme de *douleurs fulgurantes à la tête* (Pierret, Buzzard), et nous pourrions quelquefois constater l'absence précoce des mouvements réflexes.

2° A propos de l'existence d'une *paralysie unilatérale de la* 5e *et de la* 6e *paire* constatée chez son malade, l'auteur rappelle que, contrairement à ce qu'on voit dans beaucoup de tumeurs de la base, les paralysies syphilitiques des nerfs de la base ne sont presque jamais symétriques; il y a des exceptions à cette règle.

M. Althaus a publié un cas de paralysie syphilitique des deux trijumeaux, et, par contre, certains cancers de la base évoluant en amenant des compressions unilatérales comme les lésions spécifiques. De plus, l'affection décrite par Hutchinson, sous le nom de *exophthalmoplegia externa* (paralysie de tous les nerfs moteurs des deux globes oculaires) pourrait, paraît-il, être rattachée parfois à la syphilis.

3° On sait bien aujourd'hui que l'efficacité du traitement spécifique n'est pas indéfini contre les lésions nerveuses : certains faits permettraient, par contre, d'attribuer à l'iodure de potassium un pouvoir reconstituant sur la fibre de certains muscles de la face atrophiés à la suite de compression de la 5e paire;

4° Le malade de M. Hughlings Jackson présente une hémiplégie gauche et une paralysie de la 5e paire droite : une observation superficielle pouvait faire penser à une lésion unique du côté droit du pont de Varole ayant amené une paralysie croisée. En l'absence des commémoratifs qui rendaient ce cas plus clair, en permettant de suivre la marche des symptômes nerveux progressivement, on peut arriver à un diagnostic plus exact par la coïncidence des autres paralysies crâniennes, et par cette circonstance que l'hémiplégie gauche s'accompagnait aussi d'un peu de paralysie faciale du même côté. H. C.

Un cas de rétrécissement pharyngien extrême sous l'influence de la syphilis, avec remarques, par T. Gilbart Smith et W.-J. Walsham. (*The Lancet*, 17 avril 1880.)

Les rétrécissements du pharynx, de nature syphilitique, sont très rares ; on en décrit trois formes : la première, qui est la plus commune, siège à la partie supérieure du pharynx, immédiatement au-dessous de l'arrière-cavité des fosses nasales ; elle est produite par l'ulcération et la rétraction des piliers postérieurs du voile du palais, tout cet organe étant, par suite, entraîné en arrière et soudé aux parois pharyngiennes ; la seconde, moins fréquente, se fait entre la langue et le pharynx, des ulcérations de la partie postérieure de la langue et des piliers antérieurs du voile du palais pouvant amener des adhérences entre ces organes ; la troisième forme, enfin, la moins fréquente de toutes, siège à la partie inférieure du pharynx.

Le cas publié par MM. Gilbart Smith et Walsham, appartient à cette dernière classe : le sujet est une femme atteinte de syphilis 26 ans auparavant, et 10 ans après d'ulcération pharyngée, qui amena bientôt de la gêne des mouvements de la langue, puis des symptômes alarmants de dyspnée, et une oblitération presque absolue des voies digestives. A l'examen, disparition de la luette et d'une portion considérable du voile du palais, rétraction de la langue qui ne peut dépasser les arcades dentaires et les piliers postérieurs du voile du palais adhérents aux parois du pharynx. Au-dessous, une petite ouverture, située à gauche, au niveau de l'épiglotte, fait seule communiquer les voies respiratoires et digestives avec l'air extérieur ; à droite, les tissus se terminent en un cul-de-sac plein de pus.

Le traitement a été surtout chirurgical : d'abord trachéotomie, puis tentatives infructueuses de dilatation par divers moyens ; enfin, trois incisions faites à intervalles, soit avec un uréthrotome de Ricord, soit avec les ciseaux courbes, permettent de mettre au jour l'entrée du larynx et de l'œsophage ; la dilatation peut être alors effectuée par le doigt et par la sonde œsophagienne, et la malade guérit. H. C.

---

L'ophthalmie blennorrhagique avec quelques nouvelles propositions sur son traitement, par Geo. Critchett. (*The Lancet*, 3 avril 1880.)

Même sujet, par Char. Bader (même journal, 1er mai 1880).

Ainsi qu'on l'a fait remarquer récemment dans une discussion soulevée à la Société des sciences médicales de Lyon, il ne faut pas conclure

de ce qu'un sujet atteint de blennorrhagie prend une ophtalmie, que ses yeux courent les dangers les plus imminents, mais distinguer l'iritis séreuse simple au pronostic bénin, décrite si bien, par M. Rollet en particulier, de l'ophtalmie purulente, dans laquelle la fonte de l'organe est une complication si prompte et si commune. Pour cette dernière, le praticien n'aura jamais trop de moyens à sa disposition.

M. Bader, l'ophtalmologiste de Guy's-Hospital, préconise le traitement suivant : lavages à l'eau tiède, puis badigeonnages de la face interne de la paupière supérieure avec un gros pinceau chargé d'un onguent contenant dans une once de vaseline en moyenne 1 grain d'oxyde nitrique de mercure et un cinquième de grain de daturine ou d'atropine. Toutes les trois heures on change la compresse enduite de la même pommade qui recouvre l'œil malade. L'auteur a voulu utiliser les propriétés destructives des germes contagieux qu'on reconnaît généralement au mercure, et agir, par l'alcaloïde, sur l'iris et les parties profondes de l'œil. Dans les cinq observations qu'il rapporte et qui ont trait incontestablement à des faits graves, il a eu quatre guérisons complètes et une incomplète, mais en bonne voie à la sortie du malade. Il ne signale dans aucun cas de salivation, mais une seule fois un léger délire mis sur le compte de la daturine.

M. George Critchett, découragé des traitements ordinaires, après avoir vu « dans les cas d'ophtalmie blennorrhagique résultant d'une contagion directe qu'il a soignés ou observés, ceux-ci suivis sans exception de la perte de l'œil affecté », déclare adopter dorénavant et recommander la méthode suivante « qui peut paraître avoir un caractère trop héroïque et trop grave, mais qui, au moins, a eu le mérite du succès » :

Chez une petite fille de deux ans et demi, atteinte d'ophthalmie blennorrhagique, M. Critchett constatant tous les signes qui lui faisaient pronostiquer la perte de la vue (paupières d'un rouge vif, tellement infiltrées qu'on ne pouvait, même sous l'influence du chloroforme, les séparer pour reconnaître l'état de la cornée, écoulement jaune et épais), introduisit un stylet en argent sous la paupière supérieure jusqu'au rebord de l'orbite, et fit sur lui une incision verticale jusqu'au sourcil; puis il sépara les deux angles du cartilage tarse sectionné et les fixa à la peau par de petites sutures. La tension oculaire fut immédiatement diminuée, et des applications de solutions plus ou moins fortes de nitrate d'argent purent être faites à la surface de la conjonctive boursouflée et de la cornée non encore ulcérée qu'elle enchâssait. Six semaines après le début du traitement, toute inflammation ayant disparu, l'enfant fut chloroformée de nouveau, et les deux lambeaux palpétraux détachés furent réunis

par de fines sutures; la malade recouvra une paupière à peine déformée et fonctionnant parfaitement. H. C.

---

SULFURE DE CALCIUM DANS LE TRAITEMENT DES BUBONS SUPPURANTS, par FESSENDEN N. OTIS (*The New-York medical Journal*, mai 1880).

Sydney Ringer a proposé contre les suppurations prolongées l'administration à l'intérieur du sulfure de calcium à la dose de un douzième de grain toutes les deux heures, ou de un vingtième de grain toutes les heures. M. Fessenden N. Otis, après avoir essayé ce médicament avec succès comme moyen curatif, et même préventif contre les furoncles, et l'avoir employé également contre les suppurations des muqueuses (blennorrhagie, leucorrhée, etc.), a traité par ce moyen une série de dix-huit bubons survenus à la suite de chancres et menaçant de suppurer. Dans 15 cas la guérison s'est faite par résolution en trois semaines en moyenne; trois fois seulement l'incision a été nécessaire. L'auteur se demande si sur cette série importante il a eu affaire, les quinze fois où la résolution s'est accomplie, à des bubons purement inflammatoires et serait porté à voir dans le traitement un moyen d'empêcher peut-être le virus chancreux de passer du chancre au ganglion. H. C.

---






Imp. Lemercier & C^ie Paris. G. Masson Editeur.

# RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

De la gourme ou variole du cheval. Formes naturelles et irrégulières de cette affection, son inoculation comme moyen préventif des complications qu'elle peut présenter, par Trasbot, professeur de clinique à l'École vétérinaire d'Alfort. (*Archives de méd. vétérin.*, 1880.)

On the use of water in the treatment of Diseases of the Skin by L. Duncan Bulkley, A. M., M. D. *January* 1880.

Nouvelle contribution a l'étude de l'arthritis, par Durand-Fardel. (*Extrait des Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris*, t. XXV, 1880.)

Esthiomène ano-vulvaire ; Leçons de Martineau. (*Gaz. des hôpitaux*, mai, juin et juillet 1880.)

Engorgement chronique des membres inférieurs. Deux observations avec remarques et commentaires cliniques, par Vanmeris. (*Bulletin médical du Nord*, t. XIX, n° 3, mars 1880.)

Irritation et syphilis, par le prof. Kaposi. (*Viertel. für Dermat. und Syph.*, 1879, p. 79. Anal. *in Gaz. médicale*, 12 juin 1880, n° 25, p. 309.)

De la cautérisation provocatrice comme moyen de diagnostic de la syphilis, par Köbner. (*Berliner klin. Woch.*, n° 51, 1879. Anal. *in Gaz. méd.*, 12 juin 1880, n° 25, p. 369.)

Du mercure. — Thérapeutique infantile. — Leçons de M. le docteur Jules Simon, recueillies par E. Chambard, interne du service. (*Progrès médical*, n$^{os}$ 20, 22, 23, 24, 1880.)

Syphilis héréditaire. — Syphilides cutanées, par M. le professeur Parrot. Leçons faites à l'hospice des Enfants-Assistés. (*Nouveau journal médical*, 1880.)

Du diagnostic de la syphilis et de la phthisie laryngée. Thèse du docteur Moure, 1879.

Syphilis. — Dangers du traitement hydrargirique, suivant M. le docteur Desprès. (*Moniteur thérapeutique*, 1880.)

Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux central. Thèse présentée au concours pour l'agrégation, par le docteur Chauvet. — Chez Delahaye.

Le cancer du larynx, par le Dr Krishaber. Prix : 2 fr. 50 c. G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Des désinfectants. Étude d'un antiseptique nouveau, par le docteur Richebourg, Paris, in-8° de 32 pages, prix 1 fr. Librairie de Jacques Lechevalier, 23, rue Racine.

Contribution a l'histoire de la syphilis et de la tuberculose oculaires. — Des gommes syphilitiques de l'iris et du corps ciliaire, par le docteur Émile Nitot, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, avec une planche en lithographie. Paris, 1880, in-8° de 144 pages, 3 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Etudes médicales sur Barèges, par le docteur Armien. 2e édition revue et augmentée. 1 vol. grand in-8. Prix : 7 fr. 50. G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Les parasites et les maladies parasitaires chez l'homme, les animaux domestiques et sauvages, avec lesquels ils peuvent être en contact, par M. P. Mégnin, lauréat de l'Institut. *Insectes, Arachnides, Crustacés.* 1 vol. in-8° avec un atlas de 26 planches photographiées. Prix : 20 fr.

The pathology and treatment of venereal diseases, by Freeman J. Burnstead, 4e édition revised, enlarged, by the autor and Dr Robert W. Taylor. 1 vol. in-8°, 1879. Philadelphiæ. Henry C. Lee.

La Syphilis, son histoire et son traitement (méthode anglaise), par le docteur James Tartenson. Paris, 1880. 1 vol. in-18 de 238 pages. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Gérant : MASSON.

Société d'imprimerie Paul Dupont. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) 52-7.80.




# ANNALES
DE
# DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

DEUXIÈME SÉRIE


---

## HEBRA

NÉ LE 7 SEPTEMBRE 1816. — MORT LE 5 AOUT 1880.

En moins de deux années, découronnant brutalement l'édifice dermatologique, la mort a renversé deux hommes dont le nom glorieux a rempli et remplira l'histoire de la pathologie cutanée pendant la deuxième moitié du dix-neuvième siècle : E. Bazin et F. Hebra.

Absolument dissemblables, si ce n'est par la hauteur du talent et l'âpreté de l'ardeur scientifique, tout à fait étrangers l'un à l'autre, ils entreprirent, l'un et l'autre, à peu près au même moment, de réformer la pathologie cutanée; tous deux parvinrent au but par des voies différentes, par des chemins opposés.

Qu'importent aujourd'hui leurs dissentiments profonds, leur réciproque injustice, les écarts ou les exagérations de leur tempérament révolutionnaire? Une seule chose nous apparaît en ce moment : la grandeur du service rendu à la science, la fécondité de la réforme accomplie, et nous voyons leurs noms, inscrits à côté l'un de l'autre dans le Livre d'Or de la dermatologie !

De très bonne heure, F. Hebra s'était consacré à l'étude des affections cutanées; Skoda et Rokitansky, ses maîtres de prédilection, lui avaient indiqué la voie à suivre, sachant à merveille

qu'il y tiendrait, haut et ferme, le drapeau de la nouvelle école, de la glorieuse école de Vienne !

Reçu docteur en 1841, il publia dès les années 1842 et 1843 ses premiers *Rapports annuels sur les exanthèmes chroniques*, qui parurent dans les *Annales de médecine* de ces deux années. En 1844, le *Journal de la Société de médecine de Vienne* inséra son important travail sur les *Maladies du cuir chevelu*, et, la même année, il mit au jour son *Étude sur la gale*, dans laquelle apparurent éclatantes et incontestables toutes les qualités qui d'emblée allaient faire de Hebra le chef incontesté de l'école dermatologique de Vienne.

F. Hebra avait eu le bonheur de naître dans un pays où les aptitudes scientifiques sont recherchées, dirigées, cultivées et utilisées pour le grand bien de la science; absolument libre des mille entraves qui l'eussent, en d'autres lieux, saisi de toutes parts et stérilisé pendant de longues années, il fut, dès l'année 1845, nommé médecin ordinaire d'une division créée pour les maladies de la peau. A partir du mois de mai 1848, il en fut le médecin en chef, et, le 18 décembre 1849, il fut nommé professeur extraordinaire pour la dermatologie. Le 29 septembre 1869, il devint professeur ordinaire, et il conserva sa chaire jusqu'à sa mort, 5 août 1880.

Ce n'est donc pas, comme cela a lieu dans notre pays, une série d'années étroitement mesurée, mais une vie tout entière consacrée à la science dermatologique; Hebra était déjà maître incontesté de la pathologie cutanée à une époque où il eut à peine pu, par exemple, s'il eût été notre compatriote, attendre du hasard des mutations réglementaires son entrée à l'hôpital Saint-Louis. Circonstance capitale qu'il faut bien comprendre, différence radicale toute à l'avantage de l'école de Vienne, qui maintiennent à l'heure présente et maintiendront aussi longtemps qu'elles se perpétueront, dans cette école illustre, le centre de l'enseignement dermatologique du monde entier. Dès longtemps, Hebra, ne voulant rien laisser au hasard, s'était donné un coadjuteur éminent entre les mains vigoureuses duquel l'œuvre du maître ne périclitera pas (1), et tous deux ont constitué solidement une école dont rien n'indique la déchéance.

(1) Le professeur M. Kaposi.

Le nombre des disciples du professeur Hebra est considérable; tous, élèves reconnaissants, et admirateurs passionnés du maître, ont contribué à répandre ses doctrines; les noms viennent en foule à côté de celui de Kaposi, son disciple de prédilection, son second fils; Köbner, Neumann, Auspitz, J. Pick, O. Simon, Th. Veiel, Hanns Hebra (son fils), Jarisch, Lang, etc., etc.

Le retentissement de son enseignement a été considérable, le plus grand qui ait jamais existé en Allemagne. De tous les pays (on pourrait peut-être dire, avec regret, la France exceptée), affluaient de jeunes médecins qui venaient à Vienne apprendre la pathologie cutanée, ou se perfectionner dans son étude; et c'est à Vienne encore, nous ne craignons pas de le dire même pour ceux qui n'aiment pas entendre la vérité, que se porte aujourd'hui l'immense majorité de ceux qu'attirent les études dermatologiques.

Ouvrez les traités de dermatologie publiés depuis vingt ans, en Allemagne, en Angleterre et en Amérique, vous y verrez surabondamment que l'école de Vienne est souveraine, et que le maître véritable est le professeur Hebra; Tilbury Fox en Angleterre, Durhing en Amérique, Köbner à Breslau, Pick à Prague, G. Behrend à Berlin, etc., dont les ouvrages sont justement classiques en ces lieux divers, représentent en grande partie les idées de l'école de Vienne.

Nous n'avons pas besoin de dire ici en quoi consistent la réforme de Hebra et la doctrine de l'école de Vienne, et en quoi elles diffèrent de l'œuvre de Bazin et de la doctrine de l'école de Paris; ce sont là choses que tout médecin connaît d'une manière approfondie. Ce sont déjà, dirions-nous presque, choses du domaine de l'histoire plutôt que de la réalité; avec les chefs des deux écoles doivent disparaître les divergences systématiques, les dissidences que perpétuait l'insuffisance des moyens d'investigation et de démonstration directe. Ce sera, nous voulons le croire, la gloire de notre époque d'abaisser enfin les barrières internationales, au moins en matière de science, de reconnaître la vérité partout où elle est formulée, et de la recevoir de tous les points d'où elle peut venir.

L'œuvre capitale de Hebra est résumée dans son grand *Traité des maladies de la peau*, publié en collaboration avec le profes-

seur Kaposi; il ne nous appartient pas de dire ici quelle influence sa traduction française a exercée sur la dermatologie dans notre pays.

De 1856 à 1872, Hebra a publié son magnifique *Atlas des maladies de la peau*, dont les remarquables dessins sont dus à MM. Elfinger et Heitzmann, et a donné sans cesse de nombreux articles dermatologiques, notamment sur la gale (*Étude sur une nouvelle forme de gale observée en Norwège* (1852); — *De l'herpès tonsurant* (Cazenave), 1854; — *Des rapports de quelques affections de la peau avec les maladies des organes génitaux internes de la femme*, 1855; — *De l'emploi du soufre dans les maladies de la peau*, 1860; — *De l'emploi interne et externe des préparations d'iode dans les maladies de la peau*, 1862; — *De la sueur des pieds*, 1865; — *Appareil pour donner les bains chauds continus*, 1862; — *De la prétendue phthiriase* 1863; — *Cas de guérison d'un épithéliome de la joue développée sur un lupus*, 1865; — *Sur la nature parasitaire de l'eczéma marginé*, 1869; — *Du rhinosclérome*, 1870; — *De l'action de l'eau sur la peau saine et malade*, 1877; — *Traitement de l'acné rosée*, 1878.

Ses recherches sur le *Lichen ruber* ont une importance considérable au point de vue scientifique, et non moindre au point de vue pratique, puisque c'est lui qui, le premier, a démontré l'action souveraine de l'arsenic dans le traitement de cette affection. Il faut rappeler encore ses *Études sur le lupus érythémateux* qu'il avait décrit primitivement sous le nom de séborrhée congestive. On ne saurait omettre enfin l'un de ses travaux les plus remarquables, *le Prurigo*, que nous appelons Prurigo de Hebra.

Notre but, dans les lignes qui précèdent, n'a pu être de tracer une histoire complète de l'œuvre de Hebra; nous avons voulu seulement donner à cet illustre mort l'hommage que nous eussions voulu pouvoir porter au bord de sa tombe. Si nos paroles peuvent être de quelque allègement à la douleur des siens, et paraître à ses disciples vraies et justes, nous aurons accompli la tâche que nous nous étions donnée.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

TRAVAUX ORIGINAUX.

---

MÉMOIRES

---

I.

# MÉMOIRE SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

par **CHARLES MAURIAC**, médecin de l'hôpital du Midi.

---

## DEUXIÈME SÉRIE

### NÉOPLASIES CIRCONSCRITES ET RÉSOLUTIVES DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ.

Nous ne verrons plus, dans les faits suivants, les néoplasies précoces, diffuses ou arrondies, se produire un peu partout, au même moment, et affecter le caractère d'éruption généralisée que présentent les érythèmes et les syphilides papuleuses pendant la première période de la maladie constitutionnelle. Elles n'en seront pas moins précoces et semblables dans leurs caractères fondamentaux à celles que j'ai décrites jusqu'à présent.

I

Obs. 5. *Syphilis suivie d'accidents secondaires légers. Traitement hydrargyrique. Le 13e mois de la maladie, apparition d'une tumeur diffuse, constituée par une sorte d'infiltration plastique occupant tout le plancher buccal, dure, indolente, aphlegmasique, rapidement guérie par l'iodure de potassium. Plus tard, récidive de plaques muqueuses labiales et pharyngées. — Huit ans après, phthisie tuberculeuse.*

M. R....., domestique, âgé de 33 ans, entré le 13 décembre 1868 dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 7, n° 13, et sorti dans les premiers jours de

janvier 1869, était fort, robuste, bien constitué et avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il contracta un chancre infectant en novembre 1867. Au bout de deux ou trois mois, la gorge, les lèvres et l'anus s'étaient couverts de plaques muqueuses ; puis il était survenu de l'impétigo sur le cuir chevelu et des onyxis sèches et humides. On lui avait fait prendre des préparations hydrargyriques et sa santé n'avait été que très peu éprouvée par la première poussée.

Lorsque je commençai à le soigner, il était au 13e mois de sa maladie et présentait l'état suivant : rougeur diffuse du pharynx et du voile du palais. Sur la lèvre inférieure, petite ulcération entourée d'une exsudation blanchâtre Ganglions cervicaux.

Mais ce qui l'inquiétait le plus c'était une tuméfaction très volumineuse qui avait débuté vers les premiers jours de décembre sans cause appréciable, dans l'épaisseur du plancher buccal, entre le menton et l'os hyoïde. Elle était constituée par une infiltration du tissu cellulaire sous-cutané, dure, diffuse, non fluctuante, d'une rénitence uniforme sur tous ses points, indolente, aphlegmasique, non adhérente à la peau qui conservait sa coloration normale, mais immobile sur le plan aponévrotique du plancher buccal. Un peu plus proéminente à gauche qu'à droite de la ligne médiane, cette tumeur occupait tout l'intervalle compris entre les deux branches du maxillaire inférieur et l'os hyoïde. Elle mesurait, comme il était facile de s'en assurer par l'exploration simultanée de la bouche et de la région sus-hyoïdienne, 3 ou 4 centimètres d'épaisseur. Elle faisait une légère saillie sur les deux gouttières linguales, mais était libre de toute connexion avec la muqueuse. Elle ne gênait que très faiblement les mouvements de la langue et ceux du pharynx et du larynx. Les ganglions sous-maxillaires n'étaient point tuméfiés et il n'existait, soit dans la région, soit au voisinage, aucune lésion à laquelle on pût la rattacher. Elle s'était développée spontanément. Toutes les autres parties du corps étaient saines. Je prescrivis 3 grammes d'iodure de potassium à prendre chaque jour.

Sous l'influence de cette médication, et sans qu'il fut nécessaire de recourir à aucun topique, cette néoplasie diminua rapidement, et au bout de 25 jours, elle avait presque entièrement disparu.

A quelle cause, autre que la syphilis, pourrait-on attribuer cette tumeur ? Je n'en vois aucune. Aussi son origine diathésique ne me paraît-elle pas douteuse. Du reste, ne présente-t-elle pas tous les attributs des productions gommeuses ? L'insidiosité du développement, l'indolence, l'aphlegmasie, la localisation dans le tissu circulaire sous-cutané ? Que serait-elle devenue si on ne l'avait pas combattue par l'iodure de potassium ? Il est probable qu'elle se serait résorbée sans se ramollir, puisque la plupart des productions néoplasiques affectent presque toutes, à cette phase de la diathèse, une tendance décidément résolutive.

J'ai souvent revu le malade depuis cette époque. Il ne lui est revenu aucun accident syphilitique de cette nature. Ceux dont je l'ai soigné sont restés superficiels et ont cessé au bout de

2 ou 3 ans. Mais en 1877, cet homme jusque-là bien portant, commença à tousser et à maigrir et les deux sommets du poumon devinrent tuberculeux. J'avais espéré un moment que la syphilis n'était pas étrangère à cette désorganisation ; malheureusement il n'en était rien. L'iodure de potassium, donné à toutes doses, ne produisit aucune amélioration. Le malade quitta Paris pour aller faire une saison aux Eaux-Bonnes ; puis se sentant de plus en plus gravement atteint, il se décida, sur mes conseils, à habiter dans le Midi de la France, qui était son pays natal. J'ignore ce qu'il est devenu.

## II

Le processus n'est pas toujours aussi simple dans cette région, même à une époque plus voisine de l'accident primitif. Le fait suivant en fournira la preuve :

Obs. 6. *Quatre mois après le début de l'accident primitif, infiltration diffuse, indolente et aphlegmasique du plancher buccal et formation au centre de cette néoplasie d'une grosse tumeur fluctuante. — Hypérostose et périostose de la branche droite du maxillaire inférieur.*

*Roséole maculeuse, plaques muqueuses, buccales, gutturales et génitales, hypertrophie spécifique considérable des ganglions maxillaires cervicaux et inguinaux. Guérison de la néoplasie et de la tumeur au bout d'un mois sans évacuation de son contenu.*

R....., garçon marchand de vin, âgé de 20 ans, entré le 10 janvier 1879, salle 8, lit 18, était d'une constitution chétive et d'une assez médiocre santé. Il avait eu à 6 ans une fluxion de poitrine, et, depuis, deux attaques de fièvre muqueuse dont la dernière remontait à quelques mois. On ne découvrait dans ses antécédents aucune trace de scrofules. En février 1878, il avait eu une blennorrhagie compliquée d'orchite et de cystite du col. — En septembre de la même année, il contracta un chancre infectant balano-préputial qui fut soigné dans mon service. Il en sortit avant l'apparition des accidents constitutionnels et je le perdis de vue jusqu'au mois de janvier 1879.

A cette époque je constatai chez lui la trace d'une roséole maculeuse au déclin et de nombreuses plaques dans la cavité buccale. Mais la principale lésion, qui avait débuté 15 ou 20 jours avant son entrée était une tumeur de la grosseur d'une mandarine située sur le plancher buccal, à droite de la ligne médiane, entre la branche correspondante du maxillaire et l'os hyoïde. Toute la région était le siège d'une infiltration sous-cutanée, diffuse, sans changement de couleur ni adhérence de la peau, excepté sur le point culminant de la tumeur, où il existait une fluctuation manifeste. On pouvait palper toutes ces parties sans y provoquer aucune douleur, et la tumeur, quoique ramollie dans sa partie centrale, rouge, tendue et fluctuante, avait toujours évolué à froid. Sur la partie la plus externe du plancher buccal, les ganglions

sous-maxilaires étaient volumineux et indurés. Outre eetto néoplasie diffuse, formulée en une grosse tumeur liquide dans son eentre, il existait une autre lésion au voisinage. Sur la branche droite du maxillaire inférieur, une hypérostose s'était développée en même temps que les lésions préeédentes. Elle oeeupait la face antérieure de l'os, avait la grosseur d'une amande, était dure, unie, sans adhérenee à la peau et tout à fait indolente et aphlegmasique. Le bord inférieur du maxillaire, qui avait à ee niveau des connexions étroites avec la tumeur du planeher bueeal, présentait un épaississement considérable.

Ainsi l'aetion syphilitique avait fait naître simultanément, quatre mois après l'apparition de l'aeeident primitif : 1° une infiltration néoplasique indolente de la moitié droite du planeher buecal et d'une partie de la moitié gauche; 2° au eentre de eette néoplasie et adhérente à l'os, une grosse tumeur fluctuante aphlegmasique ; 3° une hyperostose et une périostose de la branche correspondante du maxillaire inférieur ; 4° une tuméfaetion avee induration des ganglions sous-maxillaires.

Ailleurs on trouvait d'autres manifestations syphilitiques : des plaques muqueuses sur les organes génitaux, des taehes de roséole, des adénopathies spéeifiques très volumineuses dans la région inguinale et dans la région eervieale.

Pâle, amaigri et faible, le malade n'avait ni fièvre, ni embarras gastrique, ni eourbature. Ces lésions s'étaient développées sans suseiter aucune réaction fébrile.

Fidèle à la règle que je me suis imposée de ne jamais porter le bistouri sur une tumeur d'origine syphilitique, si fluetuante et ramollie qu'elle soit, je me contentai de soumettre le malade à un traitement mixte composé de 9 centigrammes de potoiodure d'hydrargyre et de 3 grammes d'iodure de potassium ehaque·jour.

Une amélioration très notable ne tarda pas à se manifester. Non seulement cette grosse tumeur rouge et fluctuante, qui semblait sur le point de s'ouvrir, n'évacua pas son eontenu, mais elle le résorba rapidement, et on la vit s'affaisser de jour en jour. En même temps la peau reprenait son caractère et son épaisseur normales. Le 1er février (20e jour du traitement), la fluetuation avait disparu et la néoplasie périphérique diminué de plus des deux tiers. Il en était de même de la periostose ; eependant elle faisait encore une saillie eonsidérable à la surface de l'os dont le bord restait toujours épaissi.

L'hyperostose fut la dernière à diminuer et à disparaître, elle existait eneore très prononcée lorsque le malade sortit de mon serviee, vers le milieu de février, après un mois de traitement. La néoplasie s'était presque entièrement fondue, ainsi que sa tumeur eentrale dont il ne restait plus aueune trace. La tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, des ganglions cervicaux et de ceux de l'aine persistait toujours. La périostose était à peu près effacée ; enfin la santé générale s'était eonsidérablement améliorée.

C'est eneore à la syphilis qu'on est obligé de rapporter ici les lésions qui se sont développées sur le planeher buecal, au quatrième mois de l'aeeident primitif. On aurait pu croire au premier abord, que la serofule n'était pas étrangère à la tuméfaetion des ganglions sous-maxillaires ; mais on ne déeouvrait dans les antécédents du malade aucune trace de cette maladie. D'ailleurs, les inflammations strumeuses ne se résolvent pas

habituellement comme le fit cette tumeur, au bout d'un mois de traitement par l'iodure de potassium. Les abcès strumeux, même quand ils sont suscités par la syphilis, ce qui est loin d'être rare, se comportent comme si cette dernière diathèse n'existait pas. Ils aboutissent toujours à des foyers ouverts et fistuleux qui suppurent indéfiniment et sur lesquels les spécifiques n'ont aucune prise. En outre ils se concentrent dans les ganglions et n'attaquent le tissu cellulaire ambiant que consécutivement. Ici c'est dans le tissu cellulaire sous-cutané que s'est faite d'emblée la suffusion hyperplasique syphilitique. Elle a franchi le premier degré de son évolution, c'est-à-dire qu'elle s'est ramollie sur le point qui correspondait à sa plus grande épaisseur ; mais le processus n'est pas allé au delà. Quoique une partie de la néoplasie se fût liquéfiée, et que la peau fût devenue adhérente et un peu rouge, la résorption s'en effectua très vite. Évidemment on aurait commis une faute en ouvrant cette collection. Maintes fois j'en ai vu de semblables et de plus liquides encore disparaître sous la seule influence du traitement spécifique interne, et cela non seulement au début, mais à toutes ces phases de la maladie constitutionnelle. Que le point de départ du processus soit un ganglion, le tissu cellulaire ou même des organes sous-jacents, les muscles, par exemple, peu importe.

Ce qui prouve bien l'origine syphilitique de cette néoplasie et sa spontanéité, c'est sa coïncidence avec l'hypérostose et la périostose du maxillaire inférieur, et l'absence de toute lésion sur la peau ou sur la muqueuse buccale, capable de susciter une pareille hyperplasie. Ce ne sont pas en effet, de simples plaques muqueuses de lèvres, de la langue ou des joues qu'on peut en rendre responsables.

A côté de ce fait, on peut placer le suivant qui présente avec lui de grandes analogies comme processus et qui est survenu au même moment de la diathèse.

Obs. 7. *Au quatrième mois d'une syphilis légère et presque en même temps que l'explosion des accidents cutanés et muqueux superficiels, nodosité sous-cutanée de la région parotidienne droite ; puis large suffusion hyperplasique, qui devient fluctuante dans sa partie centrale et se résorbe sans s'ouvrir, au bout d'un mois.*

P... (Edouard), garçon de salle, âgé de 20 ans, entré le 7 février 1879,

dans mon service, salle 6, lit 35, est pâle, maigre, d'apparence chétive quoique depuis son enfance, il n'ait jamais eu aucune maladie. On ne découvre dans ses antécédents aucune trace de scrofule. Il n'avait jamais eu d'affection vénérienne, jusqu'au mois d'avril 1878. A cette époque, quelques jours après le dernier coït, écoulement uréthral de médiocre intensité, qui ne dura que deux semaines. Au commencement de décembre, cinq semaines après ce dernier coït, excroissances qu'on prit pour des végétations non syphilitiques, bientôt suivies de phimosis et de balano-posthite. Ces lésions existaient encore quand cet homme entra dans ma salle au commencement de février (4e mois de la contamination). On sentait des indurations sous-préputiales, et il existait une adénopathie spécifique dans les deux aines. L'intoxication syphilitique était évidente et se traduisait par une roséole rubéolique sur le tronc, des croûtes dans le cuir chevelu et des macules cuivrées sur le front à la racine des cheveux. Enfin dans les mains, il y avait de larges plaques rougeâtres en partie desquamées.

Il était manifeste que ce qu'on avait pris pour des végétations n'était autre chose que des chancres infectants balano-préputiaux qui furent suivis au 45e ou 50e jour de leur durée, des accidents constitutionnels de la syphilis.

Jusqu'ici rien que de très ordinaire dans l'évolution de la diathèse. Mais voici que le 16 février, une petite tumeur grosse comme une noisette, fit son apparition dans la région parotidienne droite. Indolente, aphlegmasique, non adhérente à la peau, elle ne tarda pas à perdre sa mobilité, à s'entourer d'une asmosphère demi-inflammatoire, et à adhérer à la peau qui devint rosée à son niveau. Le malade fut soumis à un traitement mixte.

Le 25 février, la tumeur était manifestement fluctuante dans sa partie centrale et reposait maintenant sur une large base d'hyperplasie diffuse qui recouvrait presque toute l'étendue de la région parotidienne.

Malgré le processus de ramollissement et l'inflammation de la peau, cette tumeur restait toujours indolente et on pouvait la palper dans tous les sens, sans provoquer aucune douleur.

Comme j'étais convaincu qu'elle se résoudrait en peu de temps, sous la seule influence de la médication, je ne fis appliquer à sa surface aucun topique.

Le 5 mars, elle avait très notablement diminué ; mais il y avait encore de la fluctuation au centre, et tout autour une zone large et épaisse d'induration hyperplasique.

Le 19 mars, la tumeur avait perdu les 4/5e de son volume. Elle ne proéminait presque plus à la surface de la peau. L'induration du tissu cellulaire avait presque entièrement disparu ; mais la fluctuation persistait encore. Plus tard elle était imperceptible et le malade sortit guéri.

Les réflexions que j'ai faites au sujet du cas précédent s'appliquent à celui-ci. La néoplasie du tissu cellulaire sous-cutané émanait directement de l'action syphilitique. Elle survint en même temps à peu près que les premières manifestations cutanées. On ne pouvait l'attribuer à aucune influence diathésique autre que la syphilis et elle naquit sous l'intervention d'une cause occasionnelle locale. Enfin son processus présenta ce

trait caractéristique d'un ramollissement central, suivi d'une résorption graduelle des parties liquides et solides qui constituaient la néoplasie. La résolution aurait-elle eu lieu si le malade n'avait pas été traité ? Impossible de le savoir ; mais quelques cas dans lesquels l'administration des spécifiques a manifestement arrêté un processus analogue qui avait abouti à l'ulcération sur les tumeurs voisines, avant leur emploi, permettent de supposer que sans l'iodure de potassium, la tumeur se serait peut-être ouverte. — Nous reviendrons plus loin sur cette question.

## III.

Pour ne pas quitter la région céphalique, je vais décrire un autre cas de suffusion néoplasique précoce du tissu cellulaire sous-cutané, qui s'effectua sur le front. Si on ne l'avait pas examinée attentivement on aurait pu la prendre pour l'un de ces périotoses précoces qui s'observent assez fréquemment en pareil lieu, à cette phase de la maladie.

Obs. 8. *Syphilis ayant débuté au deuxième mois du chancre infectant, par des douleurs de tête très fortes et une bosse sous-cutanée au front, formée d'une suffusion néoplasique du tissu cellulaire.*

Louis M..., 26 ans, journalier, entré en janvier 1877, salle 8, nº 35, jouissait habituellement d'une bonne santé et n'avait eu aucune maladie antérieure, si ce n'est quelques douleurs rhumatismales subaiguës, à l'âge de 16 ans. Après une incubation incertaine, il lui survint, le 6 mars 1876, un chancre sur chaque côté du filet pour lesquels je lui donnai des soins en janvier 1877. Il présentait alors une induration diffuse de la muqueuse préputiale au pourtour du filet et des érosions profondes, irrégulièrement disséminées sur la surface du gland. Adénopathie bi-inguinale ; aucune manifestation constitutionnelle ; 9 centigrammes de protoiodure. Cinquante jours environ après le début de l'accident primitif, troubles légers de la santé générale et roséole.

Mais un fait anormal survint à ce moment. Des douleurs de tête très violentes se produisirent ; elles étaient principalement nocturnes et occupaient le côté droit du front. Peu de jours après leur apparition, je constatai que sur le point où elles avaient leur plus grande intensité il s'était formé une bosse large comme une pièce d'un franc.

Cette bosse était constituée de la façon suivante : c'était une petite tumeur dure à son centre, un peu pâteuse à sa périphérie, épaisse d'un centimètre, adhérente à la peau qui, au-dessus d'elle, avait une teinte un peu rosée. En la palpant, on ne causait que peu de douleurs et on pouvait la faire mouvoir sur les tissus sous-jacents avec lesquels elle n'avait aucune connexion fixe.

Dans les premiers jours de février, elle augmenta quelque peu, tout en restant dure, indolente et mobile. Le malade ne pouvait supporter l'iodure de potassium. Il sortit vers le milieu de février, avant d'être guéri.

Voilà une lésion bien insignifiante et je la donne comme le degré le plus faible des manifestations syphilitiques de cette nature. C'est une sorte de plaque circonscrite dermique et sous-dermique, peu douloureuse, presque aphlegmasique, occupant par ses parties profondes le tissu cellulaire sous-cutané et évidemment résolutive. Comme elle avait été précédée de douleurs violentes, dans le point même où elle s'était produite, peut-être y avait-il quelque rapport étiologique entre elle et ces troubles névralgiformes de la sensibilité. J'ai constaté récemment l'existence d'une plaque analogue, dermo-sous-cutanée, chez un malade qui, à l'origine des accidents constitutionnels avait souffert d'irradiations douloureuses très vives occipito pariétales.

Cette bosse n'était pas sans analogie avec les périostoses crâniennes, qu'on observe assez fréquemment à pareille époque sur le front ou sur d'autres points de la boîte osseuse. Deux signes l'en distinguaient : sa consistance moins dure et surtout sa mobilité sur les tissus sous-jacents.

Comme contraste avec cette néoplasie dermo-cellulaire, à peine ébauchée, voici un cas de gomme typique de la même région, qui se produisit, à je ne sais quelle époque de la maladie constitutionnelle, puisqu'il me fut impossible de fixer son début. Il n'existait, en effet, que des antécédents très obscurs chez M. X..., qui vint me consulter en novembre 1870.

Vers le mois de juillet de la même année, il s'était aperçu de l'existence d'une bosse sur la partie supérieure du front. Cette tumeur, d'abord très dure et petite, avait grossi peu à peu, était devenue un peu douloureuse et s'était ramollie vers la fin du mois de septembre. — Douleurs de tête très fortes, mais diurnes.

Quand je l'examinai pour la première fois, cette tumeur était ovoïde de haut en bas ; elle occupait la partie supérieure du front, un peu à gauche de la ligne médiane. Sa saillie, très considérable, au-dessus des parties voisines, était de 2 centimètres 1/2 à 3 centimètres ; sa base avait 4 à 5 centimètres de diamètre. C'était donc une tumeur d'un gros volume. Sa structure était des plus

remarquables : en effet, extérieurement et à son pourtour, elle était formée par un anneau saillant, d'une dureté osseuse, comme dans le céphalémotome, et qui se terminait par un rebord brusque, taillé à pic, circonscrivant un cratère de 3 centimètres de longueur sur 2 1/2 de largeur. Dans cette partie centrale la tumeur était molle, fluctuante, dépressible, mais on n'en touchait pas le fond. On y sentait comme des grumeaux flottant dans une partie liquide ; on pouvait palper en tous sens sans provoquer de douleur. La peau, même au niveau de la partie centrale ramollie, ne présentait aucun changement d'épaisseur ni de coloration. — Quelques maux de tête, le soir ; sommeil, santé générale excellente.

Convaincu, malgré l'absence d'antécédents syphilitiques, que cette tumeur était une grosse gomme datant de quatre mois et arrivée à sa période de ramollissement, je fis prendre d'emblée 6 grammes d'iodure de potassium, qui furent très bien tolérés. L'effet de ce spécifique fut vraiment merveilleux. Au bout de quatre jours, la gomme avait diminué presque d'un tiers, et, au bout de dix, elle n'avait plus qu'un quart de son volume primitif. J'ai rarement vu une pareille énergie et une aussi grande promptitude dans l'action curative. Au bout de deux semaines, cette grosse tumeur en était réduite à une saillie diffuse au centre de laquelle on percevait encore une partie liquide et fluctuante large comme une pièce de 50 centimes. Le rebord, si curieux avec sa consistance osseuse, s'était affaissé, mais il conservait toujours sa forme annulaire, et restait nettement taillé à pic en dedans. En pressant la partie centrale, on ne touchait pas le fond. La peau était toujours intacte. La tumeur était mobile sur les parties sous-jacentes. Indolence complète. — Au bout d'un mois, disparition presque totale de la gomme ; il ne restait à son centre qu'une dépression encore un peu molle, de la largeur d'un pois, qui s'effaça entièrement en 8 jours. — J'avais porté jusque à 8 grammes la dose de l'iodure de potassium. Son efficacité si extraordinaire et si rapide n'aurait-elle pas suffi à elle seule pour affirmer l'origine syphilitique ds la lésion? C'était bien là une gomme vraiment tertiaire. Et ce qui me fait supposer que l'intoxication devait remonter à une époque éloignée, se sont les dimensions de la tumeur et la lenteur de son développement. —

La plupart des suffusions plastiques du tissu eonjonetif dans la première phase de la maladie, qu'elles soient diffuses ou sous la forme de nodosités gommeuses, se développent très rapidement et disparaissent de même. Cette sorte d'aeuité dans le proeessus eonstitue avee leur tendanee toujours résolutive, le trait le plus original de leur physionomie. Malheureusement ees suffusions deviennent quelquefois beaucoup plus sérieuses, eomme on le verra par la suite.

## IV

Les nodosités et les néoplasies diffuses sont beaueoup moins fréquentes aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, du moins sous la forme eireonserite dont je m'oeeupe maintenant. Je n'en ai reneontré qu'un seul eas que je vais rapporter, bien qu'il y ait quelque obseurité sur le début de la maladie eonstitutionnelle.

Obs. 9. *Tumeurs hyperplasiques sous-cutanées, survenues l'une à l'avant-bras, l'autre au bras gauches, vers le 6e mois de la syphilis.*

Léonard..., ébéniste, 35 ans, entré salle 6, nº 40, le 8 février 1878, a eu des végétations au mois de juillet 1877 ; on a soupçonné qu'il existait au milieu d'elles un chancre infectant parce qu'il s'est produit dans les aines un gonflement spécifique des ganglions. Toutefois le malade ne croit pas avoir eu depuis cette époque, de plaques muqueuses ni d'éruptions sur la peau.

Vers le milieu d'août 1877 (6e mois de la maladie), cet homme fut pris, sans cause appréciable, de douleurs dans le bras et l'avant-bras du côté gauche. Après quelques jours de souffrances, il s'aperçut de l'existence d'une forte tumeur ronde, sous-cutanée et mobile, située sur la partie externe de l'avant-bras au voisinage du coude. Quelques jours après, il en survint une plus volumineuse sur le bras à sa partie externe.

Au commencement de février (2e mois 1/2 des tumeurs), à l'époque où je donnai des soins à ce malade, les tumeurs persistaient encore et présentaient l'état suivant :

Tumeur fusiforme à l'avant-bras, au lieu indiqué, non douloureuse à la pression, dure, mobile, sous-cutanée et sans adhérences. Tumeur large, aplatie, arrondie, de 2 centimètres de diamètre dans tous les sens, d'une consistance un peu pâteuse, sous-cutanée et non adhérente, indolente, située au niveau de l'insertion inférieure du deltoïde. — Quelques douleurs crampoïdes parcourent de temps en temps tout le membre. Il n'a été fait jusqu'ici aucun traitement interne.

Ce malade était-il réellement syphilitique? Telle fut la première question que je me posai. Je eherehai vainement sur les

muqueuses et sur la peau des traces positives, anciennes ou récentes de la maladie constitutionnelle, Il ne semblait avoir existé comme manifestation, que ces deux tumeurs sous-cutanées du membre supérieur gauche. Etaient-elles suffisantes pour révéler la nature de leur cause générale ? J'en jugeai ainsi parce que j'avais vu des tumeurs sous-cutanées parfaitement semblables à celles-là se produire pendant la première phase de la syphilis. Je fis donc prendre de l'iodure de potassium, et au bout de quelques jours, ces tumeurs disparurent.

Parmi les lésions de la syphilis, il y en a qui sont tellement spécifiques qu'une seule suffit pour dissiper toutes les obscurités que pourrait laisser dans l'esprit le passé du malade dans les cas où les commémoratifs et les autres circonstances propres à éclairer le diagnostic font défaut. Je crois qu'on peut mettre de ce nombre les productions néoplasiques sous-cutanées. Quand elles surviennent spontanément, sans l'intervention d'aucune cause occasionnelle, en dehors de toute influence générale manifeste, à quelle autre cause que la syphilis pourrait-on les rattacher? Mais hâtons-nous de dire que les manifestations de la diathèse sous cette forme isolée et exclusive sont extrêmement rares, parce que, à cette période où l'activité morbide a pour caractère de se répandre un peu partout et de se multiplier, les lésions concomitantes font exceptionnellement défaut, et on découvre même souvent quelques restes de l'accident primitif.

Obs. 10. *Nodosités allongées, dures et mobiles, symétriquement situées sur la face interne des cuisses, au niveau de la gaîne des vaisseaux, survenues, sans aucune cause occasionnelle pendant les premiers jours de l'intoxication généralisée et presque en même temps que la roséole.*

Un jeune homme de 26 ans vint me consulter, le 1er mars 1871, pour des accidents syphilitiques dont il souffrait depuis 15 jours et qui lui étaient survenus sans qu'il se fût jamais aperçu de l'existence d'un chancre ou de quelque chose d'analogue sur aucune partie du corps.

Dès le milieu du mois de janvier, ce malade qui se portait habituellement bien, avait été pris d'un accès de fièvre quotidienne vespérale, avec frissons et sueurs abondantes pendant la nuit, de courbature, de céphalalgie, etc., et il lui était survenu une éruption dans la première semaine de février.

Depuis le 15 février, il souffrait de nodosités douloureuses situées sur la face interne des cuisses. — Quand je l'examinai pour la première fois il était pâle, amaigri et faible. La peau était couverte d'une roséole érythémateuse typique.

A la face interne des deux cuisses, il existait au-dessous de la peau, un cordon dur, noueux, gros comme le petit doigt et long de 4 ou 5 centimètres, non adhérent, mobile, douloureux à la pression. On aurait dit que ces deux nodosités allongées et symétriques, situées sur le trajet de la gaîne des vaisseaux cruraux, résultaient de l'oblitération et de l'hypertrophie d'une veine ou d'un gros tissu lymphatique. Il n'y avait pas d'œdème aux extrémités inférieures ni une lésion quelconque. La peau ne présentait au niveau de ces tumeurs ni adhérence ni changement de coloration. Je ne parvins à découvrir aucun vestige de l'accident primitif. Les glanglions inguinaux et cervicaux étaient spécifiquement indurés.

Le 14 mars (30e jour des tumeurs), le cordon noueux de la cuisse droite avait à peu près disparu. Sur la gauche il persistait avec les mêmes caractères, c'est-à-dire qu'il était mobile et non adhérent à la peau ni à l'aponévrose crurale. — Il était devenu indolent à la pression, Aucun œdème des extrémités inférieures. — Eruption syphilitique mixte composée de taches de roséole, de papules coniques et de plaques cutanées squameuses. A cette époque, je perdis ce malade de vue.

Etaient-ce bien des néoplasies du tissu cellulaire sous-cutané que ces tumeurs noueuses, allongées, symétriquement situées à la même hauteur sur la face interne de chaque cuisse, au niveau de la gaîne des vaisseaux fémoraux? Ce fut la première question que je me posai; il n'est pas facile d'y répondre. Il se produit en effet, pendant la première phase de la maladie, des hypertrophies spécifiques dans quelques vaisseaux lymphatiques, qui présentent la plus grande analogie avec ces sortes de tumeurs. Quand le vaisseau est pris sur toute sa longueur et qu'on peut le suivre jusqu'au ganglion, le diagnostic n'offre aucune difficulté; mais il n'en est plus ainsi dans les cas où une partie limitée de son trajet se transforme en une induration noueuse. — Quelquefois la tumeur forme une seule masse continue; d'autres fois elle se fragmente en petites nodosités qui sont reliées entre elles par un cordon dur, ou même restent entièrement libres les unes par rapport aux autres, mais sont toujours disposées suivant une même ligne qui est celle du trajet des vaisseaux. Cette dernière circonstance est de nature à éclairer le diagnostic. Il est rare aussi qu'on ne découvre pas soit au-dessus, soit au-dessous de la tumeur ou des nodosités, quelques traces d'induration sur le tronc lymphatique. Dans le cas précédent, je ne découvris rien de semblable, c'est pourquoi je regardai ces tumeurs comme des néoplasies du tissu cellulaire, indépendantes d'une affection des cordons lymphatiques fémoraux. Mais je fais des réserves, et pour les justifier je vais rapporter un

deuxième fait où il n'est pas moins malaisé de préciser rigoureusement le siège de la production morbide.

Obs. 11. *Suffusion plastique, circonscrite, allongée, douloureuse, subaiguë, située au voisinage des vaisseaux fémoraux et survenue dans la cuisse gauche au 7e mois d'une syphilis légère.*

M. X..., âgé de 23 ans, d'une bonne santé habituelle et sans antécédents constitutionnels, contracta un chancre infectant qui fit son apparition vers la fin d'octobre 1876, après un mois d'incubation, et qui fut guéri eu huit ou 10 jours.— Blennorrhagie, dans le même coït survenue immédiatement après et guérie seulement à la fin de novembre. — Au mois de janvier 1877, maux de gorge, sans éruption cutanée, paraît-il, ni autres accidents.

Quand le malade vint me consulter vers le milieu du mois d'avril (6e mois révolu de la syphilis), je constatai l'existence d'une roséole érythémateuse et de plaques muqueuses dans la gorge. Aucun traitement interne n'avait été encore institué. Je prescrivis 9 centigrammes de protoiodure d'hydrargyre.

L'éruption avait à peu près complètement disparu, lorsque M. X... éprouva le 6 mai (7e mois révolu de la syphilis), sans cause appréciable, une douleur à la partie interne de la cuisse gauche; elle augmenta peu à peu jusqu'à causer de la claudication, et en même temps une tumeur se produisit dans cette région. Il n'existait aucune ulcération, aucune lésion sur la jambe ou la cuisse de ce côté.

Le 8 mai, je constatai l'état suivant: la roséole avait presque complètement disparu. Sur la cuisse gauche, au-dessous de la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané, suffusion plastique, dure, sensible, homogène, mesurant 16 à 18 centimètres de hauteur, 0,03 de largeur, située parallèlement à l'axe de la cuisse, sur sa face interne, un peu en arrière du trajet des vaisseaux fémoraux, mobile, sans adhérence avec l'aponévrose crurale, nettement circonscrite dans ses contours, surtout en haut et en bas. Quoique non adhérente à cette tumeur, la peau présentait, au-dessus d'elle une légère nuance rosée. Il ne paraissait y avoir aucune lésion des vaisseaux lymphatiques ni des veines. On ne sentait aucun cordon dur aboutir aux deux extrémités de la tumeur. Les ganglions inguinaux étaient modérément indurés. Aucune cause traumatique.

Douleur assez vive à la pression. Pas de fièvre. Claudication et grande gêne dans les mouvements de la jambe sur la cuisse.

Six jours après son apparition, qui avait été très rapide, cette tumeur diminuée de moitié, était devenue presque indolente et la claudication avait disparu. Au bout de vingt jours guérison complète.

Le diagnostic du siège me semble encore plus embarassant ici que dans l'observation 10. Ne dirait-on pas une lymphite circonscrite? Le caractère subinflammatoire de la lésion, la rapidité de sa formation et son processus, sa forme, la teinte rosée de la peau à sa surface, sa sensibilité, la gêne dans les mouvements, etc., sont autant de caractères propres à l'inflammation des lymphatit ques. Mais la tumeur était nettement circonscrite, surtout en hau-

et en bas et ne se terminait à ses deux extrémités par aucun cordon induré; il n'existait ni au-dessus ni au-dessous d'elle aucune trace de lymphopathie aiguë, subaiguë ou chronique... Quoi qu'il en soit, cette néoplasie occupait le tissu cellulaire sous-cutané; elle procédait incontestablement, et d'une manière directe, de la syphilis arrivée à son septième mois; par conséquent, il est tout naturel de la placer ici, d'autant plus qu'elle nous montre sous un aspect nouveau, les néoplasies de la phase initiale.

## V.

Une partie de l'observation suivante a été publiée dans mes *leçons sur les myopathies* (1), parce qu'il existait en même temps que la suffusion néoplasique du tissu cellulaire dans le creux poplité, une myosite du muscle jumeau interne correspondant.

Obs. 12. *Au quatrième mois d'une syphilis sévère et pendant la deuxième poussée des accidents cutanés et muqueux, tumeur sous-cutanée néoplasique, dans le creux poplité gauche. Myosite du jumeau interne correspondant. Guérison au bout d'un mois.*

Le malade, âgé de 25 ans, avait contracté un chancre infectant qui débuta le 5 octobre 1876. Comme première poussée, maux de gorge et petites papules disséminées sur toutes les parties du corps. A la fin de janvier et au commencement de février 1877, deuxième poussée, caractérisée par une éruption de taches de roséole et par des plaques muqueuses confluentes sur l'isthme et les amygdales. Douleurs dans les deux jambes, principalement dans la gauche; claudication.

Le 19 février 1877 (4e mois de la syphilis), tumeur sous-cutanée qu'on voyait et qu'on sentait dans le creux du jarret à gauche. Elle proéminait de 1 centimètre au-dessus des parties voisines, était arrondie, aplatie, de 3 centimètres carrés de superficie, sans adhérence avec la peau, mais adhérente profondément et plongée au milieu du tissu conjonctif, sensible à la pression, un peu consistante, nullement inflammatoire, sans œdème périphérique et sans vaisseaux lymphatiques enflammés ou hypertrophiés autour d'elle. Aucune blessure, aucun bouton sur le membre inférieur correspondant; claudication.

Il existait en même temps que cette tumeur d'autres accidents syphilitiques qu'il est inutile de décrire : une roséole maculeuse très confluente, de nombreuses plaques muqueuses dans le gosier, des troubles constitutionnels sérieux, des douleurs thoraciques avec accès de dyspnée nocturne, une myosite du jumeau interne gauche n'ayant aucun rapport avec la tumeur du creux poplité.

Au bout d'un mois, grâce au repos et au traitement mixte, la néoplasie du creux poplité avait à peu près disparu.

(1) *Leçons sur les myopathies syphilitiques*, par Charles Mauriac, p. 156. G. Masson, édit., 1878.

Quelquefois les tumeurs sous-cutanées se développent sous forme de larges plaques diffuses, au voisinage des périostoses, et semblent appartenir au même processus. En voici un exemple :

Obs. 13. *Au quatrième mois du chancre infectant, tumeurs périostiques sur la face antérieure des deux tibias. — Suffusions dermo-sous-cutanées sur la jambe droite. — Plus tard, impétigo et sarcocèle.*

T..... (Alfred), 25 ans, menuisier, entré dans mon service le 22 avril 1879, avait eu un chancre syphilitique de la rainure cinq mois auparavant. Quatre ou cinq semaines après le début de l'accident primitif, roséole érythémateuse, plaques muqueuses buccales, croûtes dans les cheveux, etc. (3 pilules de potassium de 0,03 c.).

Le 1er mai (5e mois 1/2 de la syphilis), on constate, au niveau des points douloureux qui existent depuis quelques semaines, sur la partie antérieure des deux jambes, de petites périostoses. L'une à peine visible, et perceptible seulement au toucher, occupe la face interne du tibia, vers la partie moyenne; l'autre, au même niveau, sur la face interne du tibia droit, est beaucoup plus volumineuse et accompagnée d'un épaississement prononcé de la crête. Au-dessous de ces lésions périostiques on trouve à droite deux larges plaques dermiques et sous-dermiques, non adhérentes aux parties sous-jacentes, mobiles, dures, un peu œdémateuses à leur périphérie, sensibles à la pression, faisant corps avec la peau qui est légèrement teintée de rose au-dessus d'elles. — Ces suffusions sont parfaitement distinctes des périostoses, quoiqu'elles n'en soient séparées que par un faible intervalle. Elles sont survenues spontanément et en dehors de toute cause occasionnelle. Traitement mixte : guérison au bout de 40 jours. Mais, malgré la médication interne, et pendant que les périostoses et les suffusions sous-cutanées se résorbaient, impétigo superficiel sur diverses parties du corps, engorgement spécifique de l'épididyme, qui envahit bientôt tout le testicule droit.

Le diagnostic des périostoses et des tumeurs sous-cutanées est en général très facile; mais on ne distingue pas toujours aussi aisément ces dernières des suffusions musculaires. Le fait suivant en est une preuve :

Obs. 14. *Chancre infectant, suivi au bout d'un mois et demi d'une roséole légère et de deux petites tumeurs gommeuses sous-cutanées et sous-aponévrotiques sur la jambe droite. — Tuméfaction syphilitique du jambier antérieur du même côté. — Guérison rapide.*

B..... (Léon), frappeur, entré le 22 juin 1870, salle 8, n° 13. Bonne santé habituelle. Cicatrices strumeuses sur les côtés de la mâchoire inférieure, datant de l'âge de 12 ans.

Double chancre infectant balanique, survenu vers le milieu de mai 1870. Adénopathie biinguinale. Affaiblissement, perte d'appétit. Accès de fièvre vespérale irrégulière avec frisson, chaleur et sueurs nocturnes abondantes.

Un mois et demi après l'apparition du chancre, douleur et petites tumeurs sur la face interne du mollet droit. Le 5 juillet (7e semaine de l'accident

primitif), chancre en voie de réparation; roséole érythémateuse légère. Il existait sur la jambe droite deux petites tumeurs sous-cutanées, survenues sans cause traumatique, et qui étaient constituées par une tuméfaction du tissu cellulaire. Aucun changement de couleur à la peau, qui glisse au-dessus d'elles. L'une interne, située à l'extrémité inférieure du mollet, était formée par un empâtement diffus et mollasse; l'autre externe, grosse comme un noyau de cerise, était plus circonscrite, dure, plutôt sous-aponévrotique que sous-cutanée, et semblait enchassée dans la masse musculaire du mollet. En dehors de la crête du tibia, il existait aussi une tuméfaction douloureuse et diffuse qui paraissait siéger dans le jambier antérieur. Ces accidents diminuèrent rapidement par la seule influence d'un traitement hydrargyrique et le malade sortit guéri le 5 juillet.

Dans les cinq observations qui précèdent, les suffusions sous-cutanées, très résolutives et d'un processus rapide, affectaient des rapports très étroits soit avec les lymphatiques, soit avec les périostoses, soit avec les tumeurs musculaires. La coïncidence de ces lésions, et l'analogie qui existe entre leur configuration, jettent parfois quelque incertitude sur le diagnostique topographique. Nous donnerons les signes distinctifs de chacune d'elles dans la description générale des tumeurs syphilitiques précoces du tissu cellulaire sous-cutané.

Il importe aussi de ne pas les confondre avec les tumeurs adénopathiques, quand elles occupent une région riche en ganglions lymphatiques. La confusion aurait pu se faire dans le cas suivant, si on n'y avait prêté quelque attention :

Obs. 15. *Tumeur du tissu cellulaire sous-cutané résolutive, située au sommet du triangle de Scarpa, à droite, survenue le 68e jour des chancres infectants.— Syphilide papuleuse très légère et fugace. Au 8e mois de la syphilis, tumeur gommeuse diffuse du sterno-cléido-mastoïdien gauche.*

L'accident primitif présenta des particularités de processus très intéressantes chez un jeune homme, âgé de 26 ans, qui vint me consulter le 5 décembre 1876. Il avait deux érosions dans la rainure, larges et profondes, et trois sur la muqueuse préputiale, superficielles et irrégulières. Elles étaient survenues cinq jours auparavant, le lendemain d'un rapport *ab ore* et 2 mois ou 2 mois 1/2 au moins après le dernier coït. Elles ressemblaient à de l'herpès et je la cautérisai superficiellement avec le crayon de nitrate d'argent. Au bout de 3 jours, les deux ulcérations de la rainure étaient cicatrisées et indurées; les trois autres le furent au bout de 12 jours. Pas d'adénopathie jusqu'au 20e jour des chancres; et, au 30e, induration des lèvres du méat et de tout le gland, sans aucune érosion préalable, etc., etc.

Le 43e jour, céphalalgie erratique et papules discrètes sur le tronc, qui évoluèrent régulièrement et disparurent au bout de trois semaines en laissant de petites macules brunes.

Vers le 8 févricr (68e jour des chancres), le malade s'aperçut par hasard qu'il existait au sommet du triangle de Scarpa, du côté droit, une tumeur qui avait déjà les dimensions d'un œuf de pigeon. Elle était située sous la peau, et un peu douloureuse à la pression.

Il vint me trouver le 13 du même mois et je constatai l'état suivant : Au-dessous de la peau qui glisse au-dessus d'elle et ne présente aucune altération à son niveau, tumeur présentant les dimensions sus-indiquées, régulièrement arrondie, facile à saisir dans tous les sens, mobile, libre de toute adhérence avec les parties profondes, homogène, dure, sans fluctuation, presque indolente à la pression et située à 5 ou 6 travers de doigt au-dessous du pli de l'aine. Cette tumeur était un peu étalée dans le tissu cellulaire et aplatie d'avant en arrière, et cette configuration lenticulaire permettait de la distinguer d'un ganglion syphilitique spécifiquement hypertrophié. Il n'existait dans la région aucun engorgement adénopathique ni lymphatique. Pas de lésion sur le membre inférieur correspondant.

Au bout de 14 jours la tumeur avait diminué de moitié, et au bout d'un mois elle avait complètement disparu. La durée d'une adénopathie spécifique est habituellement beaucoup plus longue.

A la fin de juillet (8e mois révolu de la syphilis), une deuxième tumeur se développa chez ce malade, mais cette fois sur la partie latérale gauche du cou. Elle était dure, oblongue, aplatie d'un côté à l'autre et faisait corps avec le muscle sterno-mastoïdien dont elle occupait la partie moyenne et gênait la contraction, etc. Aucune nouvelle poussée sur la peau, ni les muqueuses. Guérison rapide.

Cette observation peut se passer de commentaire, et je terminerai par elle la deuxième catégorie des faits de tumeurs néoplasiques sous-cutanées, discrètes et résolutives. Les cas que j'en ai rapportés sont assez nombreux et assez variés pour mettre hors de doute leur existence et leur caractère spécifique. Leur diagnostic est facile, leur pronostic ne présente aucune gravité et le traitement mixte en fait promptement justice. Je crois même qu'elles se résoudraient assez vite spontanément. *(A suivre.)*

II

# DE LA SYPHILIS SUIVANT LES RACES ET LES CLIMATS.

Par le Dr **H. REY**, médecin principal de la marine.

---

Quelle que soit l'origine de la maladie syphilitique, qu'elle ait été importée du Nouveau-Monde dans l'Ancien, ou (ce qui nous paraît plus probable) qu'elle ait toujours existé dans ce dernier, il n'en est pas moins intéressant d'apprécier aujourd'hui le degré de son extension et de sa diffusion dans les diverses parties du globe. Dans les pages qui vont suivre, nous nous sommes efforcé d'établir ce bilan. On verra que cette funeste diathèse peut être appelée, à bon titre, une *maladie ubiquitaire*, tant sont rares les populations qui n'ont pas encore été touchées par elle.

« La syphilis a aujourd'hui droit de cité dans tous les pays du globe; aucune influence de race ou de climat ne met à l'abri de ses atteintes. Toutefois, il est intéressant de rechercher dans quelles proportions elle frappe ou épargne les hommes, suivant leur situation cosmique, leur nationalité, leurs mœurs, leur hygiène » (1).

C'est à remplir ce *desideratum* que cette étude est consacrée. Mais, il faut bien le dire, toutes les appréciations que nous pourrons recueillir, toutes les évaluations auxquelles nous avons donné place, sont entachées d'une même cause d'erreur : dans la plupart des statistiques, les maladies vénériennes, de toute nature, le chancre infectant ou non, l'uréthrite, sont comptées en bloc. Ce procédé est essentiellement défectueux; c'est faire entrer dans une somme des unités d'espèce différente. Il sera impossible d'avoir une idée juste de la *situation* d'une population à l'égard de la syphilis, tant qu'il ne sera pas établi, dans les inventaires pathologiques, deux catégories nettement tranchées : A. *Maladies vénériennes non infectantes.* B. *Maladies syphilitiques.*

## I. — Europe.

Notons d'abord un fait de grande importance, l'Islande, ce point extrême de notre Europe, est à peu près réfractaire à la syphilis. Tous les témoignages sont unanimes à ce sujet; notre collègue, le Dr Jacolot, d'après des renseignements fournis par le Dr Hjaltelin, dit également : « Un des plus grands privilèges dont jouisse l'Islande est de ne pas connaître la syphilis; elle n'existe même pas à Reykiavik, où Danois, Français, Espagnols, Anglais, Hollandais

(1) Jullien. *Distribution géographique de la syphilis.* (*Archiv. de médec. navale* 1878, t. XXX, p. 134.)

ont des rapports assez fréquents avec la population. Quelques cas y ont été observés à différentes époques, importés par des étrangers ; mais la contagion ne s'est pas répandue, elle n'a jamais pu s'enraciner en Islande » (1).

Un autre point des régions septentrionales paraît être aussi bien partagé que l'Islande, c'est notre petite colonie de Miquelon. La syphilis y a pénétré avec ses premiers habitants, mais elle n'a pas pris racine. Le Dr Gras déclare n'en avoir rencontré aucune trace sur la génération actuelle (2).

A quoi tient l'immunité contre la syphilis dont jouissent les populations de l'Islande et de Miquelon ? On ne peut dire que ce privilège dérive du climat boréal, puisque la maladie se rencontre très fréquente et très grave dans d'autres pays septentrionaux, la Sibérie, par exemple, le Kamtschatka, les îles Aléoutes, où la température moyenne est inférieure à celle de l'Islande (Reykiavick, + 4°) et de Miquelon (Saint-Pierre, + 5°,2). Sur quelques points de la côte du Groenland, Bellebon et Guérault ont vu la syphilis chez les Esquimaux. Or, la moyenne annuelle est à Godthaab de — 1°,9. L'isolement, la simplicité des mœurs ne suffisent pas à expliquer ce fait d'immunité et n'en y seraient tout au plus que des causes adjuvantes. Bornons-nous à l'enregistrer, en attendant que la raison vraie de cet heureux privilège soit donnée.

Pour les îles Feroë, les avis sont partagés. D'après Manicus, qui a longtemps pratiqué comme chirurgien dans l'archipel, les diverses formes de la syphilis seraient graves et fréquentes ; tandis que, d'après Panum, dont les observations sont de vingt années plus récentes, cette maladie serait plutôt rare et bénigne (3). Suivant ce dernier auteur, la syphilis était tout à fait inconnue aux îles Feroë jusqu'à l'année 1844 ; mais de 1844 à 1846, on a pu noter environ vingt cas de cette maladie (4). Au sujet de l'état actuel, les renseignements font défaut.

La vérole a été dans le dernier siècle extrêmement commune en Suède et en Norwège, et s'y est montrée sous les formes les plus variées et les plus graves. Dans une certaine partie de cette dernière contrée, la syphilis a reçu le nom de *radezyge*, ce qui signifie, dans la langue du pays, *mal immonde*. C'est à Egersund et à Stanaager que la maladie, inconnue avant cette époque, fit son apparition, en 1710, importée, paraît-il, par un navire de guerre russe. Elle a régné, depuis, endémiquement en Norwège et en Suède. « La radezyge est plus fréquente sur les côtes que dans l'intérieur ; elle se rencontre plus souvent dans les provinces de Bergen et de Christiansand que dans celles de Drontheim et d'Ackerhuss. On en a compté seulement vingt cas en quatre ans, dans les hôpitaux, et, d'après les rapports les plus récents, elle diminue graduellement et aurait entièrement disparu de Bergen. On n'en rencontre plus qu'un très petit nombre dans les provinces d'Ackerhuss et de Christiansand (5). » En Suède, la radezyge a également beaucoup diminué pendant ces dernières années et ne s'est plus montrée, peu fréquente d'ailleurs, que dans quelques districts de Bohus, comme Fiæra, Ormst et Lahne (Dr Hirsch). — Il y a donc lieu de croire que les formes graves de la syphilis sont devenues rares dans la presqu'île scandinave.

(1) Jacolot. *Campagne de l'*Arthémise *en Islande*. (Thèse de Paris, 1861.)
(2) Gras. *Quelques mots sur Miquelon*. (Thèse de Montpellier, 1867.)
(3) Lombard (de Genève). *Climatologie médicale*, t. II, Paris, 1877, p. 61.
(4) Hirsch (A). *Handbuch der historisch-geographischen*. Erlangen, 1860. (Traduction manuscrite.)
(5) Lombard. *Climatol. médic.*, t. II, p. 81.

Plusieurs contrées du Nord, suivant la remarque du Dr Jullien, le Jutland, l'Esthonie, la Courlande, la Lithuanie, le Holstein nous offrent, sous différents noms, des exemples de syphilis endémique, ayant de grands rapports avec la radezyge : *syphiloïde jutlandaise*, *syphilis insontium*, *morbus venereus ditmarsiensis*. — Comme la radezyge, la syphilis jutlandaise est en voie de décroissance ; vers le milieu du siècle dernier, elle se manifesta, sous forme endémique dans l'île de Fionie et se répandit de là dans les autres provinces du royaume. D'après le Dr Lombard, elle a disparu du Jutland méridional et s'est dès lors concentrée dans le Jutland septentrional et particulièrement dans les bailliages d'Aalborg, Hlioring et Thisted.

La syphilis, suivant le Dr Hirsch, règne avec le caractère endémique parmi les Samoïèdes, les Ostiakes et d'autres populations du nord de la Russie. Cependant, si l'on en croit le Dr Schrenk, les Samoïèdes jouiraient d'une certaine immunité à l'égard de la vérole, ou du moins la maladie n'aurait pas chez eux de conséquences graves. Cet auteur affirme, en effet, que la plupart d'entre eux sont à l'abri de l'infection syphilitique (?) et que, chez ceux qui en sont atteints, les symptômes primitifs disparaissent très promptement, pour faire place à des symptômes ultérieurs, auxquels les malades attachent assez peu d'importance pour les désigner sous le nom de *mauvaise gâle*. Des assertions de cette nature veulent être contrôlées sérieusement avant d'être acceptées, et cela d'autant plus,qu'il est à la connaissance de tous que la syphilis est le fléau des populations rurales de presque toute la Russie. « Dans certaines provinces éloignées, il y a non seulement des familles, mais presque des villages syphilisés (1). » La vérole se montre particulièrement grave au voisinage de la Baltique et en Podolie, à Kasan; dans la Sibérie et au Kamtschatka. Dans le midi, ce sont surtout les gouvernements de Kiew, de Pultava et de Ternigou qui en souffrent le plus. Dans celui de Kiew, le Dr Podolinski connaît des villages dont au moins le tiers de la population est contaminé. « Dans le village de Jeroslawka, ajoute cet auteur, sur 120 familles, il y en a 30 que je sais être syphilitiques et seulement 64 que je puis affirmer être exemptes de cette maladie. L'influence de la syphilis sur la dégénération de la population et sur l'accroissement de la mortalité est énorme » (2). A Saint-Pétersbourg, en 1871, on comptait 27 syphilitiques pour 100 prostituées (De Valcourt). Le Dr Ed. Schperk a reconnu que, dans cette ville, tout le personnel des prostituées en maison, à partir de 25 ans, est syphilitique et que la cohabitation avec une femme de cette catégorie, âgée de 15 à 20 ans, comporte des chances d'infection dans la proportion de 40 pour 100 (3).

La syphilis est très répandue dans les Iles Britanniques. Pour l'armée, la moyenne annuelle des vénériens est d'environ 300 pour 1000 d'effectif. (En France, près de 100.)

En Écosse, depuis la fin du XVIIe siècle, existe une maladie endémique qui a reçu le nom de *sibbens* ou de *siwens*, à cause de la ressemblance que présentent certaines de ses manifestations avec le *swin*, fruit du framboisier sauvage. Or, il est constant que le *sibbens* n'est autre chose qu'une syphilis aggravée par la malpropreté, par la coexistence de diverses affec-

(1) De Valcourt. *Impressions de voyage d'un médecin.* (Paris, 1872, p. 21.)

(2) Podolinsky. *Sur l'état sanitaire des populations du gouvernement de Kiew.* (*Congrès médical de Montpellier*, 1869.)

(3) Schperk (Ed). *Recherches statistiques sur la syphilis dans la population féminine de Saint-Péterbourg.* (*Annales d'hygiène*, 1875, t. XLIV, p. 42.)

tions cutanées et par la mauvaise hygiène à laquelle se trouvent soumises les basses classes, seules victimes de ce mal (Dr Jullien). La maladie attaque surtout les enfants, ceux-ci la transmettent à leur nourrice. Elle présente comme symptôme particulier, l'apparition d'excroissances fongueuses, de couleur cuivrée. Certains auteurs ont donné aussi à cette maladie le nom de *yaws* (en anglais, équivalent du mot *pian*), à cause de la similitude de ces tubercules avec ceux du pian. — Le sibbens, d'après le Dr Lombard, paraît avoir complètement disparu de l'Écosse ; de 1825 à 1840, on n'en a observé que 60 cas à l'hôpital de Glascow ; la plupart d'entre eux venaient des highlands. Ce médecin n'a pas eu l'occasion d'en voir un seul cas pendant plusieurs années de séjour à Édimbourg.

En Irlande, les maladies vénériennes sont moins répandues et généralement moins graves qu'en Angleterre. — Le *button-scurvy* (scorbut à boutons) d'Irlande était un symptôme, non point de scorbut, mais plutôt de syphilis. Observé par Autenrieth, en 1823, décrit en 1827, par Wallace, sous le nom de *morula* (petite mûre), il a été étudié depuis par Corrigan, Osbrey, etc. On ne sait rien de son origine ; on ignore de même à quelle époque il s'est manifesté en Irlande et on n'est pas mieux fixé sur sa nature. Wallace et Corrigan le regardent comme l'analogue du frambœsia. Les descriptions qu'ils en ont données se rapportent plutôt à des accidents secondaires de syphilis et à des cas de rupia (1).

La France est moins éprouvée par la vérole que la Grande-Bretagne. Il est remarquable, en effet, que le mal, jusqu'ici, s'est peu répandu dans les villages et les campagnes de notre pays. Dans l'armée, la moyenne des maladies vénériennes déclarées est d'environ le dixième de l'effectif : 102 pour 1,000 d'effectif. C'est la proportion trouvée par le Dr Jullien ; suivant le Dr Lombard, ce chiffre serait moins élevé et l'on ne compterait, pour une moyenne de huit années, que 95 vénériens, dans les garnisons de l'intérieur, pour 1,000 d'effectif.

A l'hôpital de la marine à Rochefort, la moyenne des entrées pour *maladies vénériennes*, a été, pour une période de 13 ans (1855-1867), d'environ 41 (40,8) pour 1,000 d'effectif (marins, troupes de la marine et ouvriers de l'arsenal) (2).

La syphilis a donné lieu, en France, à diverses époques, à des endémies circonscrites, qui n'ont été que tardivement rattachées à leur véritable cause : *Mal de Sainte-Euphémie* (Drôme), 1827 ; — *Pian de Nérac* (Lot-et-Garonne), 1785 ; — *Maladie de Chavanne-Lure* (Haute-Saône), 1815. Plus près de nous, à Luxeuil (1840), à Limoges (1873), on a vu la syphilis se répandre, à un certain moment, et se multiplier dans un cercle plus ou moins

(1) Rochard (J.). *Maladies endémiques.* (*Archiv. de médec. navale*, 1871, t. XV, p. 314.)

(2) Maher (C.). *Statistique médicale de Rochefort* (Paris, 1874, p. 304.)

L'hôpital de la marine de Rochefort reçoit des marins de la flotte, des soldats des troupes de la marine, des ouvriers des arsenaux (mariés, pour la plupart) et des militaires de la guerre. Ces quatre catégories ont fourni à l'hôpital, de 1855 à 1867 inclusivement, les proportions suivantes de vénériens (moyenne) :

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Marins de la flotte* | 54,2 | vénériens p. | 1,000 d'effectif |
| *Troupes de la marine* | 50,5 | id. | id. |
| *Ouvriers des arsenaux* | 17,6 | id. | id. |
| *Troupes de la guerre* | 74,7 | id. | id. |

restreint; mais ces foyers d'infection ont été éteints à bref délai par un traitement approprié.

« La syphilis existe dans toutes les grandes villes de France ainsi que dans les garnisons, quoique à un moindre degré que dans les îles Britanniques et à peu près autant qu'en Hollande ou en Belgique, et pourtant en plus grand nombre que dans d'autres pays du continent européen. » (Lombard.) (1).

Belgique : Les documents officiels donnent, d'après le Dr Jullien, une proportion de 90 vénériens et de 100, suivant le Dr Lombard, sur 1,000 d'effectif.

Hollande : Les maladies vénériennes atteignirent, en 1868, 105 hommes sur 1,000 d'effectif (Dr Jullien).

En Suisse, on les rencontre en petit nombre, dans les principales villes (Dr Lombard).

La moyenne des vénériens, dans les hôpitaux des principales villes d'Allemagne est d'environ 200 pour 1,000 malades de toutes causes. Dans l'armée prussienne, la proportion n'a pas dépassé 54 pour 1,000 d'effectif. La maladie vénérienne est assez répandue dans les ports de mer ; elle l'est moins au centre et au midi de l'Allemagne. D'après Lombard, elle se présente en Bohême sous une forme plus grave qu'ailleurs. — D'une manière générale, l'Empire allemand est mieux partagé, sous ce rapport, que l'Europe occidentale.

Dans l'armée austro-hongroise, la proportion des vénériens est de 63 pour 1,000 d'effectif.—« Si l'on excepte les populations juives de la Gallicie, parmi lesquelles l'infection héréditaire est fréquente, et les Hongrois du comté de Neustra, où, contrairement aux assertions formulées par Zeissel, Hirsch la considère comme endémique, les sujets de ce vaste empire ne présentent pas de réceptivité spéciale. » (Jullien.)

C'est dans deux districts de la Croatie que s'est développée, au commencement de ce siècle, la maladie qui fut désignée sous le nom de *maladie de Fiume*, ou *Scherlievo*, nom du bourg voisin de Fiume, où elle prit naissance et d'où elle se répandit dans l'Istrie et la Croatie, atteignant un tiers de la population ; dans le peuple, on l'appela aussi *Margherita*, du nom de la première femme qui en fut affectée. Les observations des médecins qui ont étudié cette épidémie ne permettent pas de douter, dit le docteur J. Rochard, qu'ils aient eu affaire à une épidémie de syphilis, d'une gravité et d'une rapidité exceptionnelles. — On peut en dire autant de la *Facaldine*, qui régna, en 1786, à Falcado, village de la province de Bellune, limitrophe du Tyrol.

La syphilis est loin d'être rare et bénigne dans la péninsule Ibérique : En Espagne, cette maladie, en raison de l'insuffisance des mesures hygiéniques, fait beaucoup de victimes, surtout dans les régions méridionales. A Malaga, on compte dans les hôpitaux 182 cas de syphilis, sur 1,000 malades de toutes causes, tandis qu'à Gibraltar, la garnison anglaise n'en a que 84, c'est-à-dire moins de la moitié. — Le Portugal ne paraît pas mieux partagé ; son armée voit survenir 135 cas de syphilis sur 1,000 malades généraux.

(1) Sur la syphilis en France, dans le passé et dans le présent, consulter la belle étude du Dr J. Arnould sur la *Pathologie de la France*, dans le *Diction. encycl. des sc. médic.*, article FRANCE, t. V, p. 609 et 685.

Très répandue autrefois en Italie, et même au commencement de ce siècle, il y a lieu de croire que la vérole y est aujourd'hui de beaucoup moins fréquente, puisque, pendant le séjour de nos troupes à Rome, la proportion des vénériens était moindre que dans les garnisons de France : 71 vénériens à Rome, au lieu de 95, pour 1,000 d'effectif. — En 1867, il a été constaté à Capistrello, village des Abruzzes, l'existence d'une endémo-épidémie qui régnait dans ce pays depuis huit ans et avait pour point de départ un nourrisson étranger, infecté de syphilis. Le mal, longtemps méconnu, s'étendit à une notable partie de la population. Au moment où l'épidémie fut signalée à l'attention des autorités, sur une population de 3,000 âmes, on put compter plus de 300 sujets syphilitiques (*Annales de dermatologie et de syphiligraph.*, 1869, t. I, p. 158).

En Roumanie, la syphilis, nommée *boala lumeasca*, ou *le mal qui court le monde*, est très répandue. « Elle exerce d'immenses ravages dans toutes les classes de la société » (1). Ses diverses formes se rencontrent presque chez tous les habitants, jeunes et vieux, enfants et adultes, dans les villes comme dans les campagnes. Les maladies vénériennes, atteignent dans les Principautés une telle fréquence, que, suivant Lombard, elles peuvent, à certains égards, être considérées comme universelles et occupant le premier rang dans la nosologie roumaine.

Nous n'avons aucune peine à croire qu'il en est de même pour la Turquie d'Europe et surtout pour sa capitale. Aucune mesure d'hygiène n'empêche la diffusion de la vérole dans un pays ouvert aux déclassés des deux sexes de toutes les nations. Il nous souvient d'avoir vu, pendant la guerre de Crimée, des cas très graves de syphilis contractés à Constantinople par nos matelots.

En Grèce, les maladies vénériennes sont beaucoup moins répandues que dans la Turquie d'Europe. On les observa cependant en grand nombre après la guerre de l'Indépendance ; elles se montrèrent alors sous une forme spéciale, à laquelle on donna le nom de *spirocolon ;* cette forme était caractérisée par des ulcérations qui succédaient aux plaques muqueuses et entouraient l'anus, d'où le nom de *spirocolon.*

Dans les îles Ioniennes, les maladies vénériennes ont atteint un peu plus d'un dixième ou les 115 millièmes de l'effectif des troupes anglaises, c'est-à-dire moins qu'à Gibraltar (187) et plus qu'à Malte (81) (1).

Des considérations qui précèdent nous pouvons déduire que si l'Europe est aujourd'hui affranchie des formes graves et destructives de la syphilis, il s'en faut qu'elle le soit encore de ce que l'on pourrait appeler la *vérole mitigée.* Seule, la mise en pratique des prescriptions de l'hygiène publique en matière de prostitution, peut réduire à son minimum la propagation de la maladie. Mais le résultat sera précaire si le mal, réprimé d'un côté, peut d'un autre côté s'étendre sans obstacles. De nos jours, la fréquence et la facilité des relations entre les peuples de l'Europe permettent de si nombreux contacts, que des efforts partiels dirigés vers le but dont il s'agit ne sauraient suffire. Pour la syphilis, comme il a été fait pour le choléra, c'est à un Congrès international qu'il appartient d'établir un ensemble de mesures

(1) Champouillon. *Esquisse topographique des principautés Danubiennes* (*Mémoires de médec. milit.*, 1868, t, XX, 177).

(2) Lombard. *Ouv. cité.*, t. IV, p. 482.

protectrices, à l'exécution desquelles s'obligeraient toutes les puissances européennes. Ainsi pourchassée de toutes parts, la syphilis arriverait peut-être à déserter le vieux monde.

## II. Afrique.

Il existe sur notre globe certaines régions qui semblent désignées d'avance comme devant servir de lieux de passage pour les courants humains; ces endroits sont fatalement éprouvés par la syphilis. De ce nombre est l'Egypte : la maladie y atteint une fréquence extraordinaire et s'y présente sous toutes ses formes, c'est-à-dire que les accidents primitifs sont aussi communs que les manifestations secondaires et tertiaires. Depuis Alexandrie jusqu'à la seconde cataracte, la syphilis est largement répandue, — et même jusqu'à Kartoum, où l'on a observé de véritables épidémies syphilitiques. — Dans l'hôpital arabe d'Alexandrie, les différentes races sont représentées dans l'ordre suivant au point de vue dont il s'agit: les femmes fellahs sont le plus fréquemment atteintes des maladies vénériennes, ensuite viennent les négresses et les turques, et enfin les syriennes, les juives et les Européennes de passage. (Dr Wernig, cité par Lombard.)

A l'hôpital européen d'Alexandrie, d'après les évaluations du Dr Schnepp (1), il est entré, en moyenne, pendant une période de 18 années (1844-1861), 71 vénériens sur 1,000 malades de toutes causes. — A Port-Saïd, la vérole fait de grands ravages chez les Grecs et les Arabes, non pas que le virus soit plus actif chez eux, mais simplement à cause de la négligence des malades, qui, au lieu de s'adresser aux médecins, ont recours aux charlatans (2).

Dans la région du Haut Nil (Sennaar), dans le Kordofan, au Darfour, la syphilis affecte un caractère endémique. Une forme tuberculeuse, ou plutôt condylomateuse, est particulièrement fréquente dans le Sennaar, où elle est connue sous le nom de *nalagh*.

En Abyssinie, la syphilis est très répandue. Le Dr Blanc estime que les neuf dixièmes des Abyssins en sont atteints à des degrés divers. Les ulcérations, les plaques muqueuses, les gourmes et les ostéites sont les manifestations secondaires les plus fréquentes, tandis que les syphilides cutanées se

(1) Schnepp. *Du climat de l'Egypte.* (Paris, 1862).

(2) Vauvray. *Port-Saïd* (Egypte). (*Archiv. de méd. nav.*, 1863, t. XX, p. 161.— « Les Egyptiens désignent la syphilis sous la dénomination générique d'*embarek* (bénite). Ils l'appellent encore *mal des chèvres, des chameaux, graine franque* (*hebb franghi*). Il importe de faire remarquer que le mot « franc » s'applique à tous les Occidentaux indistinctement. Il n'en indique pas moins l'habitude d'attribuer à l'Europe la provenance d'un mal dont chaque peuple essaye de rejeter la honte sur les autres. Cependant, par une contradiction assez singulière, l'affection vénérienne ne résulte point nécessairement pour l'Egyptien d'un commerce impur. Le plus souvent même il l'attribue « à une frayeur qu'il a éprouvée, à une boisson malfaisante, à l'action d'un air frais sur les reins » , et autres causes de même valeur. Aussi l'avoue-t-il sans embarras et la soigne-t-il en quelque sorte publiquement. Les sudorifiques et les bains de sable échauffé par le soleil sont les moyens curatifs qu'il emploie de préférence. S'il habite le Caire ou Alexandrie, il a encore la ressource des hôpitaux, mais il se dispense généralement d'y avoir recours. » — Nicole (G.). *La prostitution en Egypte.* (*Annales d'hygiène*, 1878, t. L, p. 210).

rencontrent rarement. De petites tumeurs gommeuses à la région fessière, suivies d'ulcères irréguliers et profonds, sont une manifestation commune de la syphilis en Abyssinie (Lombard, III, p. 722). — D'après le Dr Kirsch, la maladie n'a été introduite dans les vallées écartées de ce pays que dans le courant du siècle actuel, et les habitants du pays des Gallas en étaient encore exempts il y a peu d'années.

Chez les Arabes de la Tunisie, la syphilis, suivant les Drs Rabatel et Tirant, règne en souveraine : « Du reste, fort bien acceptée par tous, elle n'est plus une maladie honteuse, c'est le grand mal, et nous nous étonnions au début de voir les pères de famille nous amener leurs jeunes garçons qu'ils nous disaient très simplement être atteints de *kébir* (*kébir*, grand), sans s'inquiéter même par quel côté il avait pu venir..... Une remarque curieuse, c'est que les perforations de la voûte palatine et les nécroses des os du nez sont, de beaucoup, les manifestations les plus fréquentes de la maladie. Les autres accidents tertiaires sont très rares. » Et cependant, suivant les auteurs que nous citons, la syphilis serait infiniment moins grave chez les Bédouins que dans les populations européennes, « tant, disent-ils, par la rareté des accidents tertiaires que par la bénignité des secondaires; et leur guérison, rapide et spontanée, surviendrait en l'absence absolue de tout traitement (1) ».

En Algérie, la syphilis est très répandue. En 1868, l'armée d'Afrique a compté 309 vénériens pour 1,000 d'effectif et 113 pour 1,000 malades de toutes causes. L'auteur de la *Statistique médicale de l'armée* fait remarquer à ce sujet, que la proportion des vénériens dans l'armée en France a très peu varié depuis quelques années, tandis que cette proportion s'accroît en Algérie d'année en année. Ainsi, dit-il, pour 1,000 hommes d'effectif en Algérie, on avait, en 1865, 70 vénériens; — on en a, en 1868, 309. — Sur 1,000 malades des hôpitaux d'Algérie, il y en avait, en 1865, 34 atteints de maladie vénérienne, il y en a 113, en 1868.— Les médecins s'accordent à reconnaître que la cause de cette augmentation se trouve dans les conditions de misère que subit la population arabe et dans la prostitution des femmes indigènes, qui en est la conséquence (2) ».

La syphilis revêt, chez les Arabes algériens, les formes les plus graves. Nous laissons la parole au Dr Daga, auteur d'un remarquable travail sur la syphilis algérienne : « Lorqu'on jette un coup d'œil, dit-il, sur le tableau des accidents que la maladie détermine chez les Arabes, on ne peut s'empêcher de songer à la grande épidémie du XVe siècle, qui a fixé, à si juste titre, l'attention du monde entier, et d'établir un parallèle avec les accidents qui sévissent aujourd'hui sur les indigènes de notre colonie algérienne (3) ». — Une de ces manifestations, connue sous le nom de *lèpre kabyle, mal du Djurdjura* a été étudiée par le Dr Arnould. Il faut entendre par cette appellation une dermatose tuberculeuse, « qui semble appartenir de la façon la moins contestable aux accidents très éloignés de la syphilis (4) ». Il y aurait

(1) Rabatel et Tirant. *Notes médicales recueillies en Tunisie* (*Lyon médical*, 1874, t. XXI, p. 249).

(2) *Statistique médicale de l'armée pour l'année* 1868. (Paris, 1870, in-4°.)

(3) Daga. *De la syphilis chez les Arabes.* (*Archives générales de médecine*, 1864, t. II.)

(4) Arnould. *De la lèpre kabyle.* (*Recueil de mémoires de médecine milit.*, 1862, t. VIII, 3e série.)

lieu de croire, d'après M. Laveran, que la fréquence de la syphilis chez les Arabes a été notablement exagérée. Mais ce qui est vrai, dit cet observateur, c'est que la maladie, abandonnée à elle-même, prend souvent chez eux des formes beaucoup plus graves que chez nous. (Laveran, *Annales de dermatologie et de syphiligr.*, 1880, t. I, p. 191.)

Notre confrère Décugis dit, du Maroc : « La syphilis est répandue dans toutes les classes. On ne peut faire un pas sans rencontrer des sujets portant sur leurs traits les stigmates de la variole et de la syphilis (1) ». — Le Dr Bleicher a été frappé de la fréquence des maladies de la peau chez les habitants de ce pays, « dont un grand nombre, fait-il remarquer, ont un caractère vraiment syphilitique (2) ».

Sur toute la côte occidentale d'Afrique, la syphilis est très répandue, chez les indigènes et chez les Européens.

D'après les tableaux dressés par le Dr Bérenger-Féraud, les troupes blanches ont fourni à l'hôpital de Saint-Louis (Sénégal), pendant une période de 20 années (1853 à 1872) une moyenne de 118 malades vénériens pour 1,000 d'effectif. A l'hôpital de Gorée (même période) la proportion est encore plus élevée ; elle atteint près de 124 (123,7) vénériens pour 1,000 d'effectif (3). — Les diverses localités de notre colonie sénégalaise sont infectées de syphilis à des degrés différents, ce qui tient probablement aux plus ou moins grandes facilités des relations avec les femmes indigènes. Ainsi :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Saint-Louis et Gorée déterminent | | 120 | maladies vénériennes sur | 1.000 d'effectif. |
| Les postes | du Bas-Sénégal | 67 | » | » |
| » | du Haut-Sénégal | 143 | » | » |
| » | du Cayor | 70 | » | » |
| » | des Rivières du Sud | 23 | » | » |

Les troupes indigènes sont de beaucoup plus éprouvées par les maladies vénériennes que les troupes blanches. « Les maladies de cet ordre, a pu écrire notre ami Berger, sont une des plaies du bataillon des tirailleurs sénégalais... Les noirs sont indifférents à cette maladie et ne s'en préoccupent nullement ; ils ne considèrent la maladie comme telle que lorsqu'un bubon, ou une orchite, les empêche de marcher. Dans les cas ordinaires, ils ne s'en inquiètent pas ; leurs femmes, infectées elles-mêmes, vivent dans le même calme et la même insouciance et ne font rien ni pour se guérir, ni pour soigner leur mari. On comprend qu'avec de pareilles dispositions il soit difficile d'arrêter la propagation d'un mal si facilement transmissible (4) ». — Ce qui résultait de ce triste état de choses, c'est que sur 1,000 tirailleurs sénégalais envoyés aux hôpitaux, 269 étaient atteints de maladies vénériennes. Ceci se passait en 1865 : nous voudrions être autorisé à croire que la mise en pratique de sages mesures d'hygiène a modifié l'état sanitaire de ce corps de troupes, en particulier, et des autres éléments militaires des garnisons du Sénégal.

(1) Décugis. *Voyage dans l'intérieur du Maroc.* (Paris, 1878, p. 94).

(2) Bleicher. *Une mission au Maroc.* (*Rec. de mém. de méd. milit.*, 1874, t. XXX, p. 390.)

(3) Bérenger-Féraud. *Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal.* (Paris 1878, t. II, p. 254 et suiv.)

(4) Berger (Ch.). *Considérations hygiéniques sur le bataillon de tirailleurs sénégalais.* (Thèse de Montpellier, 1868.)

Les compagnies noires au service des Anglais sur cette côte n'ont rien à envier, sous le rapport de l'infection vénérienne, à notre bataillon sénégalais. A la Côte-d'Or et à Sierra-Leone ces contingents noirs ont fourni 234 cas de maladie vénérienne sur 1,000 d'effectif. — Nous savons d'autre part, suivant le témoignage du Dr A. Michel, que les maladies de cet ordre sont extrêmement répandues à la Côte-d'Or (1) ; la manière de vivre des indigènes et l'absence absolue de toute police sanitaire y favorisent à un haut degré leur propagation. — D'après Daniell, les populations du littoral des golfes de Benin et de Biafra sont contaminées à un haut degré par la maladie vénérienne : les hommes présentent des symptômes beaucoup plus graves que les femmes.

La syphilis est assez fréquente dans le Soudan et donne naissance à des accidents secondaires. Le Dr Quintin n'a pas vu d'accidents plus graves. La blennorrhagie est assez commune. D'après ce médecin, ce n'est que depuis peu d'années que la vérole aurait été introduite, de la côte, dans l'intérieur de l'Afrique (2).

Le Gabon n'est pas exempt de la syphilis. Nous avons sous les yeux les tableaux des maladies observées dans ce comptoir pendant deux années (1861-1863), sur les Européens et sur les noirs (3). Il résulte de l'étude de ces documents que sur 1,000 malades européens reçus à l'hôpital du Gabon, 49 étaient atteints de maladies vénériennes ; la proportion des vénériens s'est élevée à 130 pour le même nombre d'Africains. — L'évolution de la syphilis n'a rien présenté de remarquable chez les Européens. La guérison des accidents est quelquefois difficile à obtenir, à cause de l'anémie, dans laquelle certains malades sont rapidement plongés, par la double influence du climat et du traitement. — Chez les noirs, la syphilis constitutionnelle s'est généralement manifestée par des tubercules, des douleurs ostéocopes, rarement par des exanthèmes. (Dr Griffon du Bellay.)

Le Dr Ballay a constaté l'existence de la syphilis chez les populations sauvages qui habitent la région de l'Alima et de l'Ogowé. Elle y a été introduite par les Européens et elle diminue de fréquence à mesure qu'on s'éloigne de la côte (4).

Un fait très remarquable, et qui appelle de nouvelles recherches, c'est l'immunité absolue dont jouiraient, au dire de Livingstone, les noirs de l'Afrique centrale à l'égard de la syphilis. « Le mal, écrivait l'illustre voyageur, ne persiste jamais, sous aucune forme, dans l'intérieur de l'Afrique, chez les indigènes dont la race n'a pas été croisée. Il en est autrement pour les individus de sang mêlé, où la virulence des symptômes secondaires a toujours été en proportion de la quantité de sang européen qui coulait dans les veines du malade ; chez les Coronnas, chez les Criquas et les métis portugais, l'affection produit les mêmes ravages qu'en Europe. » (Cité par Jullien.)

A Madagascar, la syphilis n'est nullement rare chez les Hovas, même

(1) Michel (A.). *Notes médicales recueillies à la Côte-d'Or.* (Thèse de Paris, 1873.)

(2) Quintin. *Extrait d'un voyage dans le Soudan.* (Thèse de Paris, 1869.)

(3) Griffon du Bellay. *Hôpital flottant « la Caravane » au Gabon.* (*Archiv. de méd. navale*, 1864. t. I, p. 26.)

(4) Ballay. *Allocution prononcée le 18 février 1879.* (*Journal de connais. méd.*, 1879, p. 71.)

dans les classes élevées de la population. A Sainte-Marie de Madagascar, au contraire, d'après le Dr Borius (1), malgré que les femmes indigènes se livrent à la prostitution d'une manière habituelle, les accidents syphilitiques primitifs s'observent fort rarement et les autres affections vénériennes paraissent peu fréquentes.

Nous venons de voir Livingstone affirmer que le noir d'Afrique, lorsqu'il a conservé dans toute leur intégrité ses caractères de race, résiste d'une manière absolue à l'envahissement de l'organisme par la syphilis. Jusqu'à présent nous n'avions eu à constater ce précieux privilège que chez les habitants de l'Islande. Or, voici qu'un fait analogue et tout aussi digne d'attention est signalé par le Dr Dauvin, au bénéfice des populations de race noire qui habitent Madagascar et les îles voisines. Ce médecin constate, comme le Dr Borius, que « les indigènes de Sainte-Marie, malgré leurs rapports continuels avec les étrangers, tant Européens que créoles des îles voisines, Maurice et Réunion, où la syphilis est, dit-il, très répandue, ne présentent que très exceptionnellement des traces de l'infection, ou du moins des traces identiques à celles que l'on rencontre chez l'Européen (2). »

Et notre confrère ajoute : « Cette espèce d'immunité me frappa d'autant plus, qu'à une lieue à peine de Sainte-Marie, séparée par un chenal étroit et facilement navigable, la grande île malgache est ravagée par la syphilis. Mais là encore la race noire est à peine atteinte, tandis que la caste des Hovas, d'origine malaise, semble lui offrir un théâtre tout préparé, où elle déroule les diverses phases de son action. Les communications entre ces deux points sont journalières, la facilité des mœurs, le libertinage, la débauche sont pour ainsi dire à l'ordre du jour dans ces pays encore à moitié sauvages, et le Bétanimène (Malgache de Sainte-Marie), après un séjour de deux ou trois mois au milieu de ce foyer de contamination, pendant lesquels il a obéi à ses appétits génésiques assez développés, revient à sa terre natale, en apparence indemne comme il en était parti.

« Le Malgache franc, qui doit le jour à des ascendants de sa race, qui n'est point le produit hybride d'un croisement quelconque, semble presque réfractaire à la syphilis, ou du moins à ses manifestations primitives. La maladie semblerait ne se révéler chez lui qu'à l'état constitutionnel. Le métis, au contraire, le transporté, à quelque race qu'il appartienne, n'acquiert pas l'immunité par l'habitat et le genre de vie du Malgache qu'il partage. Sur lui, elle reprend son pouvoir, et le même contact, qui a glissé inerte sur l'organisation du premier, donne chez lui naissance au chancre caractéristique. Chez celui-là, quand par hasard l'ulcère vénérien s'est développé, la marche en est bénigne; il constitue pour ainsi dire un accident local qui ne semble pas retentir au delà des limites de son siège primitif; chez celui-ci, le chancre est virulent et les accidents ultérieurs ne tardent pas à en fournir la preuve. »

Il ne paraît pas qu'il y ait lieu de rattacher à des conditions particulières d'hygiène les causes de l'immunité dont il s'agit. C'est donc à une *influence*

(1) Borius (A.). *Etude sur l'île de Sainte-Marie de Madagascar.* (*Arch. de méd. nav.*, 1870, t. XIV, p. 81.)

(2) Dauvin. *Sur la syphilis à la Réunion et à Sainte-Marie de Madagascar.* (Thèse de Montpellier, 1873, p. 9.) — Daullé avait également signalé la rareté de la syphilis à Mayotte (à l'O. de Madagascar), où la maladie, suivant lui, n'avait fait sa première apparition qu'en 1854. (*Voy.* Daullé. *Cinq années d'observations médicales dans l'établissement français de Madagascar.* (Thèse de Paris, 1857.)

*de race* qu'il convient de l'attribuer. Ce fait est d'autant plus surprenant, bien qu'il soit en concordance avec ce que dit Livingstone des races autochtones de l'Afrique centrale, que nous n'avons vu signaler rien d'analogue à l'avantage des populations noires des côtes orientale et occidentale de ce continent. Malgré les fréquents contacts de ces populations avec des représentants de la race blanche, il se rencontre parmi elles une masse énorme de noirs, issus de sang noir et purs de tout mélange étranger. Si ceux-ci jouissaient d'une certaine immunité à l'égard de la syphilis, sans doute que ce privilège eût attiré l'attention des observateurs.

En résumé, et sous la réserve d'une enquête plus rigoureuse, on ne saurait actuellement s'inscrire contre cette conclusion : *Les populations noires de Madagascar et des Iles voisines sont réfractaires à la syphilis.*

Dans l'est de Madagascar sont les deux îles sœurs : la Réunion et Maurice. A l'île Maurice, la syphilis se présente sous un aspect spécial : les syphilides cutanées y atteignent une étendue et une intensité extraordinaires ; les lésions plus profondes des systèmes fibreux et osseux sont relativement très rares. Dans la garnison anglaise, la syphilis aurait compté, d'après le Dr Ely, pour 122 cas sur 1,000 d'effectif. (Lombard, III, p. 761.) — A la Réunion, la syphilis est également très fréquente, le relevé des entrées à l'hôpital de Saint-Denis (Hôpital militaire, 1865) fait voir que la proportion des vénériens soignés dans cet établissement fut, pendant l'année sus-indiquée, de 157 pour 1,000 malades de toutes catégories (1).

Revenons au continent africain. — La syphilis est plus fréquente dans les possessions anglaises du Cap de Bonne-Espérance, que dans la plupart des autres colonies. Les cas de syphilis primitive y ont été de 114 pour 1,000 d'effectif ; ceux de syphilis secondaire ont compté pour 42 et les uréthrites pour 147, en tout 303 ; c'est-à-dire que près d'un tiers des soldats de la garnison ont été atteints de maladies vénériennes. D'après les calculs du Dr Ely (2) (ils se rapportent à une époque antérieure à celle que nous venons d'analyser), on n'aurait compté dans les garnisons du Cap que 246 vénériens pour 1,000 d'effectif. Ainsi, la maladie vénérienne serait devenue depuis, dans cette colonie, d'un quart plus fréquente.

— J'ai sous les yeux les relevés pour quatre années (1871-1874), des entrées à *Somerset Hospital* (Cap Town). De l'inspection de ces documents, il résulte que, pendant cette période, sur 1,000 malades entrés dans cet hôpital, 144 étaient atteints de maladies vénériennes et, sur ce nombre, les sept dixièmes environ de syphilis caractérisée. — Si nous mettons en regard cette situation et ce qui se passe dans les corps de troupes, force nous est de conclure que la colonie du Cap est particulièrement maltraitée par les maladies vénériennes.

Dans les régions écartées, comme le pays des Bassoutos, le Transwal et le Natal, les indigènes ne connaissaient pas la syphilis avant qu'elle ait été importée par les marins et par les habitants des villes. (Lombard, III, p. 689.)

Sur la côte orientale d'Afrique la syphilis est très répandue. A Zanzibar, affirme le Dr Loustalot Bachoué (3), les cinq sixièmes des indigènes

(1) Collas. *Statistique de l'hôpital de Saint-Denis* (*Réunion*) *pour l'année* 1865. (*Arch. de méd. nav.*, 1866, t. VI, p. 405.)

(2) Ely. *L'armée anglaise à l'intérieur et dans les possessions britanniques.* (*Mém. de méd. milit.*, 1869, t. XXIII, p. 226.)

(3) De Loustalot-Bachoué. *Constitution physiq. et médic. de l'île de Zanzibar.* (Thèse de Paris, 1876.)

ont une vérole congénitale ou acquise, qui se présente sous les formes les plus variées, et principalement sous celle d'ulcérations phagédéniques.

Le Dr Jullien, après avoir fait, comme nous venons de le faire nous-même, l'inventaire de la syphilis africaine, arrive à cette conclusion : « La fréquence de la syphilis chez les indigènes est, toutes choses égales, en relation directe de leurs relations avec les Européens. » Cette conclusion, nous l'adoptons de notre côté et nous ajoutons : « La race noire africaine, tant qu'elle reste pure de tout mélange avec un sang étranger, est, dans une certaine mesure, réfractaire à l'infection syphilitique. »

## III. — Asie.

Nous avons eu déjà l'occasion de dire que la région nord de l'Asie n'est nullement à l'abri de la syphilis. Cette maladie se montre sous toutes ses formes dans les diverses parties de la Sibérie, et surtout chez les indigènes. Au Kamtschatka, elle se présente sous ses aspects les plus graves.

Sur la côte de la Mandchourie s'élève une ville de création récente, Wladivostok ; la syphilis y est très rare, grâce à un dispensaire qui a été institué dès le début de la colonisation. Mais il n'en est pas de même un peu plus au N., sur cette même côte, à Pétraupolosk ; dans cette localité, le mal vénérien fait de tels ravages, que le gouvernement russe s'en est ému et a décidé l'envoi d'un médecin spécialiste pour essayer de conjurer ce fléau (1).

Au Japon, la syphilis, connue sous le nom de *feu de volupté*, est excessivement répandue. En 1869, la visite des filles publiques a été instituée à Yokohama; tout d'abord, 33 pour 100 de femmes examinées ont été trouvées atteintes de syphilis constitutionnelle et, en général, des formes graves de la maladie (2). Grâce à la vigilance d'une police sanitaire bien organisée, les chances d'infection syphilitique ont beaucoup diminué depuis. — « Parmi les maladies qui dépendent de la syphilis généralisée, se produisent plus fréquemment les affections des os, combinées à la diathèse scrofuleuse, et, par suite, profondes, violentes et plus difficiles à guérir. Il faut remarquer tout particulièrement les lésions des os plats du crâne. On rencontre ces mêmes accidents dans le reste du Japon, de beaucoup plus souvent chez les hommes ; tandis que le sexe féminin, bien que souffrant dans les mêmes proportions, est plutôt atteint d'ozène et de carie des os du nez. (Dr Friedel.) » De cette dissemblance, suivant le sexe, dans la localisation des effets consécutifs à la syphilis, une cause doit exister, cause qu'il serait intéressant de rechercher.

Le Dr Duteuil, médecin de la *Dordogne*, pendant un séjour de quinze mois qu'il a fait à Yokohama avec ce navire, a vu survenir dans son équipage un nombre considérable de syphilis confirmées et accompagnées d'accidents secondaires. Les accidents tertiaires ont été rares ; ce qui conduit ce médecin à croire que la vérole au Japon est d'une grande bénignité. « Peu d'accidents tertiaires ont été observés à bord de la *Dordogne*, dit-il. En faut-il faire honneur au traitement, ou bien la vérole est-elle véritablement moins grave au Japon qu'en Chine, par exemple ; comme elle est moins grave de nos jours en

(1) Maurin. *Campagne du* Volta. (*Archiv. de médec. nav.*, 1877, t. XXVIII, p. 81.)
(2) Newton. *British medical Journal*, 1869, n° 440.)

France que dans le XVIe siècle? Je pencherai plutôt vers cette dernière interprétation, à cause de la diffusion extrême de cette affection, qui paraît avoir atteint toutes les classes de la société japonaise, et cela depuis de longues années (1). »

Quoi qu'en dise notre confrère, et surtout après avoir lu les lignes précédentes du Dr Friedel, nous en appelons à un plus ample informé avant de conclure à la bénignité de la vérole japonaise.

L'une des maladies les plus répandues et les plus graves dans tous les ports de la Chine, est la syphilis.

A Shang-Haï, en 1870, l'Hôpital général, où, à la vérité, les navires de toutes nations envoient leurs malades, a compté 62 malades syphilitiques sur 324 entrées, ce qui donne l'énorme proportion de 19,1 syphilitiques pour 100 malades généraux. — Le Dr Galle fait remarquer, qu'à Shang-Haï, la syphilis, bien qu'elle ne présente aucun caractère de malignité, n'est pas cependant sans danger, vu l'action débilitante du climat (2). — A Hong-Kong, la grande extension des maladies spécifiques graves, qui mettaient hors de service une partie considérable de troupes de terre et de mer (En 1860, les entrées à l'hôpital naval de Hong-Kong, pour cause de syphilis, étaient de 160 malades pour 1,000 malades de toutes catégories (3), a déterminé la mise en pratique de mesures extraordinaires. Aussi, les conditions sanitaires sont devenues dans cette ville, malgré le voisinage de Canton et de Wampoa, beaucoup meilleures que par le passé (4).

Si les côtes du Céleste-Empire sont à ce point éprouvées par la vérole, il est triste d'apprendre que l'intérieur ne vaut guère mieux. Nous laissons la parole à l'auteur de *Pékin et ses habitants:* « Au point de vue de la santé publique, la prostitution à Pékin constitue un danger permanent ; les affections parasitaires et la syphilis sont très répandues ; s'il était besoin de démontrer l'antiquité de la vérole, de repousser une fois de plus la doctrine un peu orgueilleuse de l'origine américaine, on pourrait en trouver des preuves dans son existence parmi les populations du nord de la Chine et surtout au milieu des tribus nomades de la Mongolie. La syphilis règne dans toute l'étendue de la Chine : les immenses plaines de la *terre des herbes* sont, depuis les temps les plus reculés, parcourues par des peuples nomades qui, malgré leurs vertus patriarcales, paraissent profondément saturés du virus syphilitique. Ils se transmettent évidemment le poison, aussi bien par voie directe que par voie héréditaire ; ils présentent des accidents cutanés, des formes de lèpre, analogues à la lèpre biblique, qui, à un examen sérieux, doivent être regardés comme des manifestations éloignées de la vérole. La constitution de la race ne paraît pas profondément débilitée ; le mal vit à l'état latent. Mais qu'un Européen vienne à être infecté et l'on verra éclater chez lui les accidents les plus redoutables de la vérole classique ; le virus prend un nouvel essor ; l'Européen contaminé est, pour l'observateur, une véritable pierre de touche (5) ».

(1) Duteuil (Charles). *Quelques notes médicales recueillies pendant un séjour de cinq ans en Chine, Cochinchine et Japon.* (Thèse de Paris, 1864, p. 79.)
(2) Galle. *Sang-haï au point de vue médical.* (Thèse de Paris, 1875, p. 77.)
(3) Smart. *The Lancet,* août 1861 et *Union médicale,* septembre 1861, p. 603.)
(4) Potocnik (Ch.). *Campagne de la* Fasana. (*Arch. de méd. nav.*, t. XXIV, p. 244, 1875.)
(5) Morache. *Pékin et ses habitants.* (*Annales d'hygiène,* 1870, t. XXIII, p. 26.)

Les Chinois sont sujets à une affection peu connue et signalée par le Dr Dabry (1), le *Yang-mey-tchoang* ou *ulcère en forme de framboise*, affection qu'il est peut être prématuré de rattacher à la syphilis. (Voy. De Rochas, art. Framboesia du *Dict. encyclop. des sc. médic.*)

Au Tonquin, où nous occupons, depuis 1874, le poste de Haï-Phong, la garnison de ce poste a fourni, pendant une période de deux années (1876-1877), 45 cas d'accidents vénériens, primitifs ou secondaires, sur 208 malades de toutes catégories; ce qui donne la proportion de 21,6 vénériens pour 100 malades. Ce chiffre suffit pour faire voir que dans ces parages encore peu connus, la vérole n'est rien moins que rare (2).

Elle l'est tout aussi peu en Cochinchine et, plus au nord, dans les montagnes du Laos. En Cochinchine, Harmand la dit très répandue, aussi bien chez les Français que parmi les indigènes. A l'hôpital de Saïgon, d'après ce médecin, sur une moyenne de 300 et quelques malades il y a toujours 70 à 80 vénériens (3); ce qui ne ferait pas moins de 25 à 30 vénériens pour 100 malades !

En réalité la proportion est plus faible au moins de moitié: la statistique des maladies observées dans les hôpitaux de la Cochinchine pendant les années 1863 et 1864 (4), nous permet d'établir avec exactitude, que pour ces deux années, sur 1,000 malades de toutes catégories, 136, ce qui est déjà un nombre respectable, étaient atteints de maladies vénériennes. Depuis lors, l'hygiène publique, dans cette colonie, a fait de notables progrès, et nous ne doutons pas qu'aujourd'hui les maladies vénériennes y soient beaucoup moins fréquentes qu'aux premiers temps de l'occupation.

Les régions montagneuses du Laos, au centre de la presqu'île Annamite, ne sont pas exemptes des maladies de cet ordre. Les commerçants Chinois et les colporteurs Birmans, qui pénètrent jusque dans les points les plus reculés de ces régions, en sont les principaux propagateurs. Elles existent aussi dans le sud de la Chine, près du Thibet, principalement dans les grandes villes. « Les sauvages seuls, ajoute le Dr Thorel, ne nous en ont présenté aucun cas ; leurs mœurs et leur organisation en petits villages, isolés au fond des forêts, ou établis sur des montagnes peu accessibles, paraissent les mettre à l'abri de ces affections. » (Thorel, *loc. cit.*)

Cet observateur donne des détails intéressants sur l'évolution et la manière d'être de la syphilis en Cochinchine, chez les indigènes et chez les étrangers. Les accidents secondaires sont toujours très graves, surtout pour les Européens. Chez les Annamites, les suites de l'infection (accidents secondaires et tertiaires), semblent mieux supportés ; leur teint s'altère peu, et, dans beaucoup de cas, ils conservent, malgré les accidents, les apparences de la santé. « Ce qu'il faut attribuer, sans doute, ajoute l'auteur que nous citons, à ce qu'ils sont dans leur pays et que l'action débilitante du climat ne s'ajoute pas pour eux, comme pour l'Européen, à celle de la maladie. » (Dr Thorel.)

Une ville placée comme l'est Singapour ne pouvait manquer d'être un foyer de syphilis. Il en a été ainsi pendant longtemps et cette ville était, comme dit le Dr Potocnik, médecin de la *Fasana*, une riche source de maladies spéci-

(1) Dabry. *La médecine chez les Chinois.* (Paris, 1863, p. 263.)

(2) Foiret. *Topographie médicale du poste de Hai-Phong (Tonquin).* (*Arch. de méd. nav.*, 1878, t. XXX, p. 241.)

(3) Harmand. *Aperçu pathologique sur la Cochinchine.* (Versailles, 1874, p. 47.

(4) Thorel. *Notes médicales du voyage d'exploration du Mékong.* (Paris, 1870.

fiques pour les équipages des navires de passage. Il présume que les mesures de police sanitaire, instituées en 1872, auront apporté quelque amélioration à cet état de choses. Et, en effet, il est constaté que la garnison anglaise de cette colonie ne compte pas actuellement plus de 97 vénériens pour 1,000 d'effectif (3 fois moins qu'en Angleterre).

La syphilis existe dans l'Inde et s'y développe sur une grande échelle. Elle est universellement répandue chez les natifs, aussi bien sur le littoral que dans l'intérieur, se présente sous les formes les plus graves et les plus hideuses et complique presque toutes les maladies. On peut dire sans exagération qu'il n'y a qu'une très faible minorité dans le peuple qui ne soit pas sous l'influence du virus syphilitique. Les enfants apportent le virus en venant au monde et succombent en grand nombre aux conséquences de la syphilis. (Lombard, t. IV, p. 123.)

A Bombay, où le Dr Potocnik se trouvait, en janvier 1873, les maladies prédominantes dans les hôpitaux, étaient les maladies spécifiques. Parmi celles-ci, les plus fréquentes étaient les chancres mous, les uréthrites et des complications de ces deux affections ; par contre, les indurations et les formes générales de la syphilis se montraient rarement. Il est certain que l'infection syphilitique est en voie de décroissance dans l'Inde ; ce qui le prouve, c'est la comparaison de la morbidité vénérienne dans la population militaire à l'époque actuelle, avec les chiffres publiés par Balfour en 1859. A ces deux époques la proportion des vénériens pour 1,000 d'effectif, s'est trouvée être, pour chaque Présidence :

| Époque actuelle (Dr Lombard). | | Année 1859 (Dr Balfour). | |
|---|---|---|---|
| Bengale | 168,6 | Bengale | 282 |
| Bombay | 158,2 | Bombay | 263 |
| Madras | 176,0 | Madras | 256 |
| *Moyenne des trois Présidences.* | 167,6 | *Moyenne des trois Présidences.* | 267,0 |

*Différence en faveur de l'époque actuelle* = 100.

Edmonds, cité par Hirsch, estime que, année moyenne, le nombre des hommes atteints de syphilis dans l'armée de l'Inde est de 121,6 pour 1,000 d'effectif européen et de 31,8 dans les corps indigènes. Nous ne saurions dire quelles peuvent être les causes d'une si notable différence entre ces deux éléments de l'armée des Indes, sous le rapport de la contamination syphilitique.

Dans notre colonie de Pondichéry, nous savons par notre collègue, le Dr Huillet, que la maladie vénérienne est excessivement fréquente et grave chez les natifs, surtout parmi les femmes (1).

Dans l'Asie centrale, le rhumatisme et la syphilis sont, d'après le Dr Lombard, les deux maladies dominantes. — Par le rapport du Dr W. Curran, il est notoire que, dans la région de l'Himalaya, la seconde de ces maladies est particulièrement fréquente, là où la population est agglomérée. Sa propagation et sa gravité sont très favorisées, dit ce médecin, par l'incurie et le manque absolu de soins de propreté chez les indigènes des deux sexes (2).

(1) Huillet. *Hygiène à Pondichéry.* (*Arch. de méd. nav.*, 1867, t. VIII et in-8°, Pondichéry, 1868.)

(2) Curran (W.). *Distribution des maladies dans l'Himalaya.* (*Arch. de méd. nav.*, 1871, t. XVI et *the Dublin quarterly journal, etc.*, août 1871.)

En Perse, suivant le Dr Polak, la syphilis n'est pas très répandue et se présente avec un caractère remarquable de bénignité.

Elle est extrêmement commune, rapporte le voyageur Palgrave, chez les populations des régions centrales de l'Arabie, qui supposent l'avoir reçue des Persans. La diffusion de la maladie prouve la démoralisation profonde du pays, surtout dans les populations sédentaires, qui, d'après les observations de M. Burkhardt, en sont plus fortement atteintes que les nomades, (Lombard).

Dans toutes les villes syriennes et surtout dans les ports de la Méditerranée, on rencontre la syphilis et ses divers accidents consécutifs. Pour Beyrouth, un des plus fréquentés, nous savons par le Dr E. Barret, que les maladies vénériennes y sont très communes. Elles se cachent dans la basse classe et elles échappent souvent au contrôle et au traitement. C'est parmi les femmes musulmanes et maronites que la syphilis se trouverait surtout fréquente, parceque ce sont elles qui s'adonnent plus volontiers à la prostitution (1). Il paraîtrait que ce n'est que depuis le passage des armées d'Ibrahim Pacha, que la maladie a été observée dans les régions montagneuses de la Syrie. (Dr Hirsch.)

La maladie syphilitique est très répandue et très maligne sur le haut plateau de l'Arménie. (Hirsch.) — Elle a pris une grande extension en Asie Mineure; c'est surtout dans les grandes villes du littoral qu'on l'observe avec le plus de fréquence.

## IV. — Amérique.

Les régions arctiques de l'Amérique Nord n'ont pas été à l'abri de la syphilis. Chez les Esquimaux et au Groënland, Bellebon et Guérault ont constaté sa présence sur quelques points de la côte; les baleiniers l'ont répandue, en effet parmi les populations du littoral. Il ne paraît pas que la maladie ait encore gagné les tribus qui vivent à l'intérieur. — Au Labrador, *la maladie des Otawas* ne fut autre chose qu'une syphilis secondaire, analogue à la radezyge norwégienne. — A l'île Sitka, la syphilis n'est pas rare, mais ses diverses formes ne se présentent pas avec un caractère de gravité prononcée et la guérison en est facilement obtenue. Le Dr Lantoin, qui visitait, en 1869, l'île Vancouver (Colombie anglaise) y voyait la maladie très fréquente et propagée par les indiennes métisses (2). — En 1874, les choses n'avaient pas changé; « les cas de syphilis, dit Maurin, sont toujours aussi nombreux et aussi graves dans la population indienne. » (Maurin, *loc. cit.*) — Dans cette colonie, les troupes anglaises fournissent aux hôpitaux 109 vénériennes pour 1,000 d'effectif, et 123 dans la Nouvelle-Ecosse et le Nouveau-Brunswick. — Au Canada, elles sont encore moins protégées contre la maladie vénérienne : 161 hommes sur 1,000 d'effectif entrent aux hôpitaux pour cette cause. (Ely, *loc. cit.*)

Vers la fin du xviiie siècle (1770-1780), la syphilis apparut au Canada, dans la Baie de Saint-Paul et se propagea avec une effrayante rapidité. C'est à cette épidémie syphilitique que se rapportent les noms de *Mal de la baie de Saint-Paul, mal anglais, maladie des éboulements, mal de chicot, lustra cruo.*

(1) Barret (E.). *Beyrouth.* (*Idem*, 1878, t. XXX, p. 81.)
(2) Lantoin. *Littoral de l'Océan Pacifique.* (*Idem*, t. XVII, 1872.)

Pour ce qui est des Etats de l'Union-Américaine, les recherches du Dr Lombard nous apprennent que les maladies vénériennes y sont moins répandues que dans la plupart des pays européens, en exceptant toutefois New-York, la grande métropole du Nord, et quelques Etats du Midi, comme la Louisiane, dont les ports sont fréquentés par un grand nombre de marins étrangers. A ces foyers de syphilis, nous pouvons, d'après le témoignage de Lantoin, ajouter la ville de San Francisco (Côte du Pacifique). — Des divers éléments dont se compose la population des Etats-Unis, la classe des gens de couleur est celle que la syphilis éprouve plus sérieusement. « Elle semble s'être réfugiée chez les races indigènes et chez les nègres. Parmi les tribus indiennes, surtout dans la Californie, le Texas, elle a pris une telle extension, qu'il n'est pas rare d'en voir affectés tous les membres d'une même famille.» (Praslow, cité par le Dr Jullien.)

D'après les curieuses investigations du Dr Jourdanet, il paraît probable que la syphilis existait au Mexique, avant la découverte du Nouveau-Monde. En admettant que l'Europe l'ait reçue du Mexique, on peut dire que celle-ci la lui a rendue avec usure. « Il n'est aucun point du globe où la syphilis sévisse avec plus d'intensité qu'au Mexique. Sa fréquence et sa ténacité, sa marche précoce et maligne, non seulement chez les Européens, mais encore chez les indigènes, nous sont attestées par Jourdanet, Libermann, Heinemann. Ce dernier auteur signale particulièrement les ulcérations qu'elle détermine sur la peau et les muqueuses, sans excepter celles du larynx.» (Dr Jullien.)—Pendant l'expédition française au Mexique, la vérole a fait beaucoup de ravages dans l'armée; sur 1,600 entrées dans les hôpitaux, il fallait compter plus de 1,000 vénériens. (Dr Coindet.) — Un fait important à noter et que nous trouvons signalé par Lombard, c'est que la syphilis ne se rencontre pas chez les Indiens qui vivent éloignés de tout commerce avec les Européens; il n'en est pas de même pour ceux qui habitent les villes et pour les habitants des villages peuplés par les métis et les descendants d'Espagnols.

Dans la plupart des centres de population de l'Amérique centrale, la prostitution est exercée par des Indiennes et des mulâtresses, presque toutes infectées de syphilis. En général, les accidents primitifs sont peu graves, les malades n'en prennent aucun souci. — Les Indiens sont bien plus rarement atteints de la maladie que les autres races répandues dans le pays (1). Il se rencontre donc ici quelque chose d'analogue à l'immunité que nous avons eu à signaler au bénéfice des races pures de l'Afrique.

On ne peut rien dire d'absolu pour les Antilles. A la Martinique, le Dr Rufz assure que la syphilis, considérée dans ses symptômes primitifs ou consécutifs, secondaires ou tertiaires, est moins fréquente, moins grave que dans n'importe quelle partie de la France d'égale étendue (2). Suivant le Dr O. Saint-Vel, l'uréthrite est fréquente dans cette colonie, mais la syphilis s'y voit rarement (3).

Le Dr Moulin rapporte que, chez les nègres, créoles de la Martinique, les accidents secondaires de la syphilis sont rares et encore plus, les accidents tertiaires ; ce médecin dit n'avoir généralement observé que des chancres et

(1) Guzman. *Topographie médicale du Salvador* (*Amérique centrale*). (Thèse de Paris, 1869.)

(2) Rufz de Lavison. *Chronologie des maladies de la ville de Saint-Pierre.* (*Arch. de méd. nav.*, 1869, t. XII, p. 351.)

(3) Saint-Vel (O.). *Maladies des régions intertropicales.* (Paris, 1868, p. 390.)

des bubons : ce qui semblerait faire croire qu'il a eu le plus souvent affaire à des chancres non infectants, et ainsi s'expliquerait l'absence d'accidents consécutifs (1).

A la Jamaïque, les troupes anglaises sont assez maltraitées par les maladies vénériennes ; elles fournissent aux hôpitaux 123 vénériens pour 1,000 d'effectif. Les compagnies indigènes sont autrement éprouvées par cette cause de maladie ; chez elles la proportion s'élève au chiffre de 393. — La Barbade ne vaut pas mieux sous ce rapport : troupes anglaises, 221 vénériens ; troupes indigènes, 333 pour 1,000 de chaque effectif. — Sainte-Lucie et la Trinité sont mieux partagées ; la moyenne, pour ces deux colonies est de 55 vénériens dans les troupes anglaises et 64 dans les corps indigènes, toujours pour 1,000 d'effectif (Ely, *loc. cit.*). — A Curaçao, les maladies spécifiques sont rares ; le stationnaire hollandais le *Soembing*, après un séjour d'un an environ à Santa-Anna (ou Willemstadt, chef-lieu de l'île), ne comptait, sur un équipage de 100 hommes, qu'un cas d'uréthrite et un d'adénite inguinale non suppurée (2). — Le chancre est tres fréquent à Saint-Domingue. D'après le Dr Blacas, les accidents secondaires y sont rares (?) ; mais, par contre, les accidents tertiaires se montrent communément. Dans les villes et surtout dans les campagnes, on rencontre très souvent des noirs ou des mulâtres qui vous disent qu'ils ont des *fraîcheurs* dans les membres : ce sont des douleurs ostéocopes, et, le plus souvent, de véritables exostoses très volumineuses et très anciennes....Il résulte de la facilité des mœurs de la race noire, que la syphilis doit se répandre parmi elle sans difficulté ; que, par conséquent, la diathèse syphilitique existe chez presque tous les individus (3). »

Le Brésil est sérieusement éprouvé par la vérole. A Pernambuco, à Rio-de Janeiro, *dix décès sur mille* sont occasionnés par elle. L'absence de toute police sanitaire donne la raison de ce triste état de choses. — « L'armée est infectée de syphilis, à tel point que, si vous prenez un soldat au hasard, vous pouvez dire presque à coup sûr qu'il est ou qu'il vient d'être atteint de quelque accident syphilitique. Cependant, grâce aux rigueurs de la discipline militaire et aux inspections de quinzaine, le mal n'occasionne pas tous les ravages qu'il pourrait produire. » (Dr Ribeiro de Almeida.) — Voilà ce que disait, en 1864, un médecin Brésilien dont le témoignage ne peut être suspecté. Les choses ont-elles changé depuis ? Cinq années plus tard, notre collègue, Bourel-Roncière, écrivait : « On sait combien la syphilis est commune au Brésil, où la prostitution jouit d'une liberté absolue.... La syphilis figure en forte proportion dans les entrées à l'hôpital de la Miséricorde de Rio de Janeiro, et témoigne de l'incurie qui règne dans cette ville au sujet de la prophylaxie publique de cette maladie (4).» — A la date du 31 mars 1871 le Dr J. Pereria Régo, président du *Comité central d'hygiène publique*, jette, lui aussi, le cri d'alarme, dans le *Rapport officiel* sur les actes de ce comité. Il signale la fréquence toujours croissante de la syphilis dans la ca-

(1) Moulin. *Introduction à la pathologie de la race nègre dans les pays chauds.* (Thèse de Paris, 1866.)

(2) *L'île de Curaçao.* (*Arch. de méd. nav.*, 1875, t. XXIV, p. 317.)

(3) Blacas (L.). *De la syphilis observée à Saint-Domingue.* (Thèse de Montpellier, 1853.)

(4) Bourel-Roncière. *La station navale du Brésil et de la Plata.* (*Arch. de méd. nav.*, 1872 et 1873, t. XVII et suiv.)

pitale et dans les provinces de l'empire, il fait voir comment la vérole, s'associant à d'autres causes de maladie, contribue à l'accroissement de la mortalité générale, et il réclame avec instance l'adoption de mesures énergiques dans le but de restreindre cette déplorable invasion.

Il n'est pas à notre connaissance que depuis, à Rio de Janeiro, non plus que dans les autres villes du Brésil, rien de sérieux ait été fait dans ce sens. Ce qui résulte de cette incurie, c'est que les accidents secondaires et tertiaires sont dans ce pays d'une extrême fréquence et que, dans le nombre des causes qui font mourir les nouveau-nés, la vérole congénitale tient une large place (1).

La maladie est très répandue dans le bassin du Rio de la Plata. — A Montevideo, la mortalité par suite de syphilis, a été, pendant les années 1871-1875, de 4 décès environ (3,7) sur 1,000 décès généraux. (Nous venons de voir qu'au Brésil, la mortalité syphilitique est de 10 décès sur 1,000.) Ce qui donne à croire que, si la vérole est commune dans cette ville, elle y est, de beaucoup, moins dangereuse qu'au Brésil. — A Buenos-Ayres, la proportion des décès par cette même cause a été, en 1872, de 5,1 pour 1,000 décès de cause déterminée. Dans les hôpitaux de cette ville, il est entré, pendant cette même année 1872, 129 syphilitiques sur 1,000 malades de toutes catégories (2).

Sur la côte du Pacifique, la syphilis est fréquente, soit qu'elle vienne du dehors, soit qu'elle se propage dans la population indigène. Aussi ne sommes-nous nullement surpris qu'à Lima elle représente les 5 ou 6 millièmes de la mortalité des hôpitaux. — Mais ce qui nous paraît à peine croyable, malgré les chiffres donnés par notre collègue A. Fournier (3), c'est qu'à l'hôpital de la Charité de Valparaiso (Chili), du 1er mai 1871 au 31 mars 1872, la syphilis ait été l'origine de 52 décès sur 912 décès généraux, c'est-à-dire qu'elle ait déterminé la proportion effrayante de 57 décès sur 1,000 de toutes causes. Et cependant, il faut bien reconnaître que les choses peuvent être telles, lorsque nous voyons, quelques années après (1877-1878), le Dr Savatier constater que sur 1,000 malades entrés dans cet hôpital, plus de la moitié sont atteints de syphilis (4). — Hâtons-nous d'ajouter que la rade de Valparaiso est le centre de station des navires de guerre de toutes les nations et le point de relâche des bâtiments de commerce qui remontent le Pacifique, ou vont trafiquer en Océanie. Il n'est pas douteux, à nos yeux, qu'une part de la syphilis chilienne procède de ces origines.

## V. — Océanie.

Le Dr Jullien a grandement raison de dire : « La syphilis n'a envahi l'Océanie qu'à partir de l'époque où se sont multipliés les rapports des indigènes avec les Européens ; et tels ont été les ravages qu'elle y a causés, que beaucoup d'auteurs n'hésitent pas à lui attribuer la dépopulation que l'on observe dans quelques-unes de ces contrées. » — Les baleiniers américains ont été

(1) Rey (H.). *L'île Sainte-Catherine (Brésil)*. (*Idem*, 1877, t. XXVII, p. 28.)
(2) Faustino Jorge *Registro estadistico de la Provincia de Buenos-Ayres. Ano*, 1872. Buenos-Ayres, 1874, in-4°.
(3) Fournier (A.). *Station navale de l'Océan Pacifique.* (*Arch. de méd. nav.*, 1874, t. XXII, p. 145.)
(4) Savatier. *Océan Pacifique.* (*Idem*, janvier 1880.)

accusés, non sans raison, paraît-il, d'avoir été les principaux propagateurs de la syphilis parmi les populations océaniennes.

Faisons le bilan de la situation actuelle de ces malheureuses populations au point de vue dont il s'agit.

Dans l'archipel de la Malaisie, d'après ce que nous dit le Dr Van Léent, la syphilis est très répandue. Cet archipel, si voisin, par son extrémité occidentale, de la presqu'île de Malacca, a dû être facilement envahi, de proche en proche, par la vérole asiatique. Cependant il restait encore, il y a peu d'années, des localités où ce fléau était inconnu ; elles ont été infectées depuis et la syphilis aujourd'hui règne sur toutes les iles de l'archipel indien. — Bien qu'elle sévisse d'une manière terrible dans certaines localités, surtout dans les moutagnes, elle est en général, aux Indes néerlandaises, d'une nature bénigne ; mais elle résiste longtemps et les récidives sont fréquentes.—« Dans quelques localités, les indigènes ont été atteints de syphilis d'une gravité effrayante et beaucoup d'individus en portent encore des traces ineffaçables. Mais peu à peu cette maladie a pris un caractère beaucoup plus bénin que celui qu'elle avait il y a une cinquantaine d'années (1) ». — Pour qu'on juge mieux du degré de fréquence de la maladie vénérienne dans ces régions, nous pouvons ajouter que, pendant une période de cinq années (1861-65), les équipages européens des navires de guerre hollandais ont présenté une moyenne de 413 vénériens sur 1,000 d'effectif (armée française, en Algérie, 309).

A Batavia, la syphilis, quoique assez répandue et se montrant sous les formes les plus variées, est assez bénigne pour les Européens. Mais, parmi les indigènes et les Chinois des classes inférieures, elle atteint souvent un degré d'extrême gravité. L'inspection médicale des prostituées donne un chiffre moyen de 1 malade sur 5,7 ou de 175 femmes infectées sur 1,000 visitées (près de 2 sur 10). Comme corollaire de ceci : dans la garnison de Batavia, la moyenne des vénériens est d'environ 333 pour 1,000 d'effectif ! — A Bornéo, la syphilis, très rare autrefois, est maintenant assez fréquente, bien qu'elle n'y ait pas encore atteint le même degré de fréquence qu'à Batavia. — Elle est très répandue dans l'intérieur de Sumatra, où elle cause parfois de terribles ravages dans les deux sexes (Dr Van Léent). — A Manille, suivant le Dr Potocnik, les maladies vénériennes sont très communes, mais d'une faible gravité, si, comme le dit ce médecin, l'uréthrite est l'accident le plus souvent observé.

A Sydney (Australie), la syphilis est assez rare et c'est à peine si on en trouve quelques cas dans les hôpitaux ; les leucorrhées et les blennorrhagies sont assez fréquentes : les cas augmentent notablement quand les baleiniers ou un grand nombre de navires sont sur rade (2). Aujourd'hui, la métropole n'envoie plus de garnisons en Australie ; d'autre part, presque tous les ouvriers sont mariés : double motif, qui explique la rareté de la syphilis dans cette région fortunée. — En 1869, les troupes anglaises en Australie et en Tasmanie ont eu 110 malades vénériens pour 1,000 d'effectif.

L'horrible laideur des femmes indigènes du cap York (nord de l'Australie, détroit de Torrès) ne les a pas défendues contre les ardeurs génésiques des Européens. Des matelots d'un bâtiment de commerce communiquèrent la blennorrhagie à certaines d'entre elles, et, comme il règne une grande pro-

(1) Van Leent. *Les possessions néerlandaises des Indes orientales.* (*Arch. de méd. nav.*, 1867, t. VIII, p. 248.)

(2) Bourse (F.). *Australie: Sydney.* (*Idem*, 1876, t. XXV, p. 163.)

miscuité parmi les indigènes, bientôt tous les adultes des deux sexes furent infectés. Ces pauvres gens souffrirent beaucoup de ce mal nouveau, qui au bout d'un certain temps finit par disparaître (1).

Les Canaques de la Nouvelle-Calédonie n'ont pas été mieux partagés. Non seulement l'uréthrite est commune chez eux, mais la syphilis proprement dite fait des ravages dans quelques tribus.

L'introduction de la vérole à la Nouvelle-Zélande est de date récente. En décembre 1816, un des premiers missionnaires qui soient venus dans ce pays écrivait : « On suit, non sans amertume, dans la population, les fâcheux effets de son contact avec les Européens ; un mal funeste se répand par les femmes qui fréquentent les navires (2). » — Dans les troupes qui font le service dans cette colonie, la moyenne des vénériens est de 23 pour 1,000 d'effectif. On voit que la situation est très tolérable et que bien d'autres points du globe pourraient envier celle de la Nouvelle-Zélande, au point de vue de la syphilis.

La maladie vénérienne est rare également aux îles Fidji. On a noté l'existence, dans ce groupe d'îles, d'une dermatose tuberculeuse particulière, désignée dans le pays sous le nom de *Thoka* ou *Çoca* (*Fidji's small pox* ou variole des Fidjis), analogue au *Tonga* de la Nouvelle-Calédonie. Elle a été considérée, mais à tort, paraît-il, comme une forme de la syphilis (3).

La syphilis n'est pas inconnue à Tonga-Tabou (archipel des Amis) ; les indigènes font peser sur les matelots de Cook la responsabilité de l'importation chez eux de ce fléau.

L'archipel des îles de la Société et Taïti en particulier, ont été considérés longtemps, et avec raison, comme un foyer actif de syphilis. « Nous pouvons avancer, écrivait le Dr Prat, il n'y a pas de bien longues années, sans crainte aucune d'être taxé d'exagération, qu'une bonne moitié de la tribu taïtienne est actuellement sous le coup de l'infection spécifique (4). » Au mois d'octobre 1854, l'hôpital de Papéété (chef-lieu de Taïti) contenait 33 malades, dont 27 syphilitiques. Les choses n'en sont plus à ce point : les manifestations de la syphilis, bien que trop fréquentes encore aujourd'hui dans la population indigène, n'y sont pas plus graves qu'ailleurs (5).

Elles le sont tout autant, sinon plus, à Noukahiva (Marquises). — Delarue estimait, à la vérité, à une époque déjà un peu lointaine (1855), qu'il n'y avait peut-être pas une femme, dans les populations voisines des établissements européens, qui n'eût subi l'infection spécifique (6).

Les îles Sandwich sont très éprouvées par la syphilis ; cette maladie s'y présente avec un caractère d'extrême gravité : la lèpre et la vérole concourent pour décimer ces malheureuses populations.

Du long inventaire auquel nous venons de nous livrer et après avoir parcouru le monde, pour ainsi dire, à la recherche de la syphilis, quelles con-

(1) Harran (T.-J.). *Statistical report of the Navy*, pour l'année 1865 et *Arch. de méd. nav.*, 1868, t. X, p. 333.
(2) *La Nouvelle-Zélande.* (*Revue des Deux-Mondes*, 15 déc. 1879, p. 793.)
(3) Messer (A.-B.). (*Statistical report*, pour l'année 1874 et *Arch. de méd. nav.*, 1876, t. XXVI, p. 321).
(4) Prat. *Topographie médicale de l'île de Taïti.* (Toulon, 1869, p. 39.)
(5) Chassaniol et Guyot. (*Notes de géograph. méd. recueillies à Taiti. Arch. de méd. nav.*, 1878, t. XXIX, p. 71.)
(6) Delarue. *Observations faites dans la baie de Taïhoé* (*Marquises*) (Thèse de Paris, 1855.)

clusions avons-nous à déduire relativement à l'influence de la *race* et du *climat* sur la présentation de cette pernicieuse diathèse ?

Pour ce qui est de l'influence de la *race*, le seul énoncé des faits montre trop clairement qu'elle est à peu près nulle, aussi bien dans le sens de l'immunité, que dans celui de la prédisposition.

Nous avons eu à noter, il est vrai, chez les Islandais et chez les Africains de pure race noire, un certain privilège, grâce auquel les uns et les autres paraissent à peu près inhabiles à contracter la syphilis. A côté de ces faits exceptionnels, — sur lesquels une investigation rigoureuse fera quelque jour la lumière, — combien la déplorable réceptivité des familles océaniennes ne montre-t-elle pas la fatale tendance de l'humanité tout entière à se laisser envahir par le vice syphilitique ? Les désastreuses conséquences de cette réceptivité démontrent en outre l'exactitude de ce fait, « en parfait accord, du reste, avec ce que nous savons des affections virulentes, que, toutes choses égales d'ailleurs, la nocivité de la syphilis atteint son maximum parmi les populations qu'elle touche pour la première fois. » (Dr Jullien.)

En somme, l'accident primitif de la syphilis est une lésion, une *injure* ; celui-là qui en court les risques a toutes chances de la subir à quelque race qu'il appartienne.

La syphilis conserve toujours et partout les caractères qui lui sont propres. La vérole des races colorées est exactement la même que celle des Européens ; seulement les manifestations vers la peau sont un peu modifiées par la coloration foncée du derme. Elles sont aussi communes, d'ailleurs, chez le Noir que chez le Blanc. Ainsi, Chassaniol dit avoir vu les accidents secondaires se produire vulgairement chez les nègres du Sénégal. Suivant cet observateur, les accidents tertiaires seraient moins souvent observés chez eux que chez les Européens (1). — Les éléments nous manquent pour contrôler cette assertion.

Les conditions de *climat* sont d'une insignifiance absolue au point de vue de l'éventualité de l'infection. La syphilis se rencontre en effet sous toutes les latitudes, du pôle à l'équateur ; toujours la même, nullement altérée dans son essentialité, — modifiée seulement sous le rapport de la fréquence, par les moyens qui sont du domaine de l'hygiène. Seules, quelques particularités de détail, relatives à la gravité variable de la maladie, à sa marche sont à relever.

La gravité de la syphilis suivant les climats a été diversement appréciée. Pour les uns, la maladie est plus pénétrante, crée de plus grands dangers dans les régions froides, en raison de la faible activité de l'émonctoire cutané dans ces régions. Pour d'autres au contraire, la vérole des pays chauds est particulièrement à redouter. Les documents qui nous permettraient d'émettre à ce sujet un avis motivé font défaut. Pour ce qui est cependant de la syphilis tropicale, nous n'hésitons pas à affirmer que, bien que n'offrant pas par elle-même un danger particulier, elle est cependant malfaisante au plus haut degré pour l'Européen, en raison de l'état d'anémie, auquel ce dernier est fatalement amené par le fait seul de son séjour dans les pays chauds. Cet état d'appauvrissement organique ouvre la porte aux complications les plus graves de la maladie (phagédénisme), en même

(1) Chassaniol, *Contributions à la pathologie de la race nègre*. (*Arch. de méd. nav.*, 1865, t. III, p. 505.)

temps qu'il met le médecin dans la regrettable obligation de n'user qu'avec une modération extrême des moyens ordinaires de traitement. C'est ce qui survient en Cochinchine, par exemple, où, comme le faisait remarquer le Dr A. Morice (1), les manifestations de la vérole paraissent être d'une bénignité remarquable chez les indigènes, tandis qu'elles sont généralement graves chez les Européens, et cela, pour les motifs que nous venons d'indiquer.

D'autres fois, c'est sans cause appréciable que la maladie se présente avec un caractère de tenacité, d'opiniâtreté peu commune dans la zone tempérée. Ainsi est-il, d'après le témoignage du Dr Huguet (2), des véroles contractées par les Européens sur certains points du littoral de la Chine. Quelle est la cause de cette aggravation, se demande notre collègue ; est-elle due aux influences du climat ? Mais alors, ajoute-t-il, comment se fait-il que, même après avoir quitté la Chine, ceux qui y avaient contracté la maladie, chez lesquels toute trace d'anémie avait disparu souvent, attendaient vainement la guérison ? Ne tiendrait-elle pas à ce que la syphilis chinoise n'a pas subi, sauf de rares exceptions, l'influence modificatrice du traitement approprié ? C'est à cette dernière opinion que se rallie le Dr Huguet ; opinion à laquelle nous sommes prêt à souscrire, comme on accepte une hypothèse, à défaut de meilleure raison.

D'après une manière de voir généralement adoptée, l'évolution de la syphilis est plus rapide, prend moins de temps dans les pays chauds que dans les pays tempérés et les manifestations confirmatives de la diathèse surviennent à court terme. — Dans les climats tempérés, la plus précoce de ces manifestations, la *roséole syphilitique* apparaît le plus souvent vers le 45e jour ; les formes papuleuses viennent ensuite et se montrent environ 65 jours après l'infection ; la série des autres lésions consécutives se déroule à des époques diverses, mais postérieures à celles que nous venons d'inscrire. La question est donc de savoir quelle est la durée dans les climats chauds de la période comprise entre l'infection et l'apparition de la roséole. — Or, à Madagascar, trois semaines un mois à peine se sont-ils écoulés, *depuis l'apparition du chancre*, que l'on constate la venue des accidents secondaires. (L. Dauvin,) La durée moyenne de la période d'incubation du chancre infectant est de 20 à 25 jours (Rollet) ; ajoutons cette quantité à celle de 20 à 30 jours écoulés depuis l'apparition du chancre, et nous reconnaîtrons que sur le littoral de Madagascar, tout comme en France, la roséole syphilitique se présente vers le 45e jour environ, à dater de l'infection.

En Cochinchine, d'après le Dr Thorel, la période intermédiaire au chancre et à la roséole est de 20 jours. Procédons comme il vient d'être fait et nous voyons la roséole cochinchinoise arriver exactement le 45e jour depuis l'infection.

Le Dr Dubourquois a observé la syphilis au Japon (3), à Yokohama (isotherme de 15°). Sous ce climat, « les accidents, dit-il, sont très prompts à

(1) Morice (A.). *Pathologie des indigènes de la Basse-Cochinchine.* (*Revue d'anthropologie*, 1875, t. IV, p. 447.)

(2) Huguet. *Campagne dans les mers de Chine, Cochinchine et Japon.* (Thèse de Paris, 1865.)

(3) Dubourquois. *Notes sur les maladies des Européens en Chine et au Japon* (Thèse de Paris, 1872.)

paraître ; souvent l'accident primitif n'est pas guéri que les accidents secondaires ont commencé. On voit des éruptions pustuleuses ou tuberculeuses un mois ou six semaines seulement après l'apparition du chancre primitif, mais c'est l'exception. Habituellement six semaines ou deux mois après l'infection primitive, des douleurs musculaires apparaissent dans les épaules et dans la poitrine ; c'est le début des accidents secondaires, les douleurs coïncident avec l'apparition d'une roséole, des angines, etc. » — Il n'y a qu'à relire ces lignes et compter par jours, pour être convaincu que la syphilis japonaise ne marche pas d'une allure plus rapide que la syphilis européenne. Ainsi, la roséole survient du 42e au 60e jour environ, au Japon, tout comme en France. La syphilide pustuleuse se présente exceptionnellement, à Yokohama, dans le même délai de 42 à 60 jours, d'après Duburquois ; mais en France, comme nous l'apprennent Belhomme et Aimé Martin, cette forme peut aussi se manifester dès le 45e jour (1). Ainsi donc, au Japon comme en Cochinchine, comme à Madagascar, la roséole n'évolue pas plus rapidement qu'en Europe.

Le Dr O. Saint-Vel dit, au sujet de la syphilis observée aux Antilles : « L'apparition des accidents secondaires et tertiaires m'a semblé se produire plus tôt. » D'une appréciation conçue en termes aussi peu affirmatifs, il est impossible de rien conclure sur la précocité ou la non précocité de ces accidents.

Les considérations qui précèdent sont, comme on le voit, peu favorables à la doctrine de la rapidité de l'évolution de la syphilis dans les pays chauds. Sans nous élever d'une manière absolue contre cette opinion, nous croyons qu'il ne serait pas inutile de soumettre ce point de doctrine au contrôle d'une enquête portant sur un nombre suffisant de faits observés dans diverses localités de la zone tropicale.

Nous ne devons pas omettre de signaler ici les bons effets des climats chauds sur la cure de la syphilis. Le témoignage du Dr Rufz de Lavison ne permet aucun doute à cet égard : « J'ai vu, dit ce savant praticien, plus d'un marin, qui avaient épuisé tous les traitements dans plusieurs des grands hôpitaux de France, et la science des spécialistes les plus renommés, guérir, sous notre température de 33 centigrades, par l'emploi des mêmes moyens auxquels ils avaient renoncé, et recouvrer entièrement la santé dont ils désespéraient (2). » — C'est un fait à garder en mémoire.

Enfin nous aurons fini, si nous disons que la condition d'*altitude* ne modifie point dans un sens favorable le caractère de la syphilis ; elle paraît plutôt lui imprimer un cachet de plus grande gravité. C'est ce que fait remarquer le Dr Jullien, dans l'intéressante étude à laquelle nous avons eu bien des fois recours, — en rappelant la ténacité et le caractère insidieux de la maladie en Arménie, dans le Djurdjura, l'Abyssinie, les terres hautes du Mexique. Il y a lieu, croyons-nous, d'attribuer une bonne part de cette aggravation à la dépression des forces et à l'appauvrissement organique (*Anémie des altitudes*, Dr Jourdanet) que détermine l'habitation des lieux élevés.

(1) Belhomme et Aimé Martin. *Traité de pathologie syphilitique et vénérienne*, 1864.

(2) Rufz de Lavison. *Chronologie des maladies de la ville de Saint-Pierre (Martinique)*. (*Arch. de méd. nav.*, 1869, t. XII, 356.)

# REVUE GÉNÉRALE.

## I

## LE LUPUS ET SON TRAITEMENT.

Par **ERNEST BESNIER**, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, etc.

ON LUPUS AND ITS TREATMENT, by JONATHAN HUTCHINSON, F. R. C. S., *Senior Surgeon to the London Hospital and to the Hospital for Diseases of the Skin.* — ON THE USE OF IODIDE OF STARCH IN THE TREATMENT OF LUPUS ERYTHEMATODES, by MC CALL ANDERSON, M. D., *Professor of Clinical Medicine in the University of Glasgow.* — LUPUS ITS NATURE AND PATHOLOGY, by J. HERBERT STOWERS, M. D. — ON THE TREATMENT OF LUPUS BY LINEAR SCARIFICATION, by BALMANNO SQUIRE M. B. LOND., *Surgeon to the British Hospital for Diseases of the Skin.*

(*Read in the Subsection of Dermatology at the Annual Meeting of the British Medical Association* in Cork. August 1879.)

---

Depuis trente ans l'histoire anatomique, clinique et thérapeutique du lupus a été entièrement renouvelée : tous les dermatologistes ont reconnu son individualité *générique*, et ont admis sa division en deux grandes *espèces* qui sont le lupus de Willan et le lupus de Cazenave; l'histologie a éclairé considérablement sa constitution élémentaire, sinon fixé définitivement sa nature; enfin, chose plus importante encore, de nouveaux procédés de traitement ont été institués, et ont déplacé complètement les bases de la thérapeutique traditionnelle de cette affection.

Toutefois, les progrès réalisés dans la pathologie du lupus, en raison même de l'époque toute récente à laquelle ils appartiennent, ne sont pas connus suffisamment de la généralité des praticiens ; c'est donc une inspiration des plus heureuses qui a porté nos confrères distingués d'Angleterre à multiplier leurs communications sur ce sujet à la sec-

tion de dermatologie du Congrès annuel de l'association médicale anglaise, tenu à Cork en août 1879.

Pour nous c'est un devoir, et une tâche agréable, de signaler particulièrement à l'attention de nos compatriotes chacune des communications indiquées dans le sommaire ci-dessus, à la fois à cause de leur intérêt considérable, de la valeur scientifique des orateurs, et de l'utilité majeure qu'il peut y avoir à examiner comparativement les différentes manières dont une même question peut, à la même époque, être envisagée en deux pays voisins.

Ce n'est donc pas une simple analyse des communications de nos savants confrères que nous soumettons au lecteur, mais une étude critique des points principaux de leurs mémoires, une sorte de conférence écrite à l'occasion de leurs travaux.

Il nous semble que si pareille étude était faite concurremment en différents pays, à propos des sujets litigieux de la pathologie cutanée, chacun en pourrait tenir profit, et tous arriveraient plus vite à abaisser les barrières internationales qui séparent encore les médecins, au grand préjudice de la science et de la pratique.

## I

### JONATHAN HUTCHINSON

#### 1° *Evolution du lupus; la lésion qui le constitue est-elle maligne ou bénigne?*

*a) Evolution.* — Une fois établi dans le derme, son terrain propre, le lupus constitue un foyer, un centre de propagation, autour duquel s'établissent soit par ramification, soit par agglomération de nouveaux foyers; cette évolution est progressive, sans tendance à se terminer spontanément, ni à s'arrêter sous l'action d'une médication interne quelconque. Voilà ce que montre l'observation des faits, voilà aussi ce qui est suffisant pour amener le médecin à cette conclusion pratique que, dans l'état actuel de la thérapeutique, la guérison du lupus, considéré dans son acception la plus générale, ne peut être obtenue que par la destruction mécanique du foyer.

Cette même idée est exprimée par Hutchinson, presque dès le début de sa communication, mais sous une forme un peu différente, et avec une interprétation plus accentuée du mode évolutif: pour notre savant confrère, le développement n'a pas lieu par ramification ni par formation de foyers satellites, mais par une sorte d'auto-inoculation; nous ne pensons pas qu'il attache une valeur absolue aux termes qu'il a adoptés pour rendre l'exposition saisissante, aussi nous bornons-nous à reproduire textuellement ses paroles afin de montrer à quel point il juge important d'introduire fortement dans l'esprit des praticiens cette notion, qu'il n'y a pas de salut thérapeutique pour le lupus en dehors de l intervention chirurgicale. *It is an essential feature of all forms of lupus disease, that the cell-growth once originated shall be infective, and*

*shall cause similar disease in the adjacent skin... Lupus is always serpiginous and it becomes so in virtue of the law of contagion by continuity...* »

Pour nous, il est une autre notion relative à l'évolution du lupus que nous considérons comme non moins essentielle en pratique, et qu'il est nécessaire d'ajouter, c'est son *extrême lenteur*, laquelle dans toutes les formes, mais dans le lupus de Willan en particulier, constitue un excellent élément de diagnostic entre le lupus et quelques lésions qui peuvent le simuler, notamment les syphilides tuberculeuses. A surface égale, le scrofuloderme évolue *par années*, là où le syphiloderme aurait évolué *par semaines* ou *par mois*. Voilà pour nous, sous le rapport clinique, le point capital à mettre en saillie.

*b*) *Bénignité ou malignité du lupus.* — Après avoir insisté sur la fécondité fatale de la néoplasie lupique, Hutchinson ajoute immédiatement, à titre de corollaire, que la propagation de la lésion se fait latéralement, non en profondeur, ou fort peu, et que cette circonstance sépare complètement le lupus des formes de néoplasies dites malignes : *In this limitation to the structure, it differs definitely from the forms of new growth, which we class as « malignant.* »

En fait, aucune qualification générale n'est appliquable au *genre* lupus considéré dans son ensemble, lequel ayant des espèces, des formes, des variétés nombreuses, ne présente pas une égalité d'allures qui permette de lui apposer ainsi, au point de vue des désordres locaux, une étiquette unique.

Cette variabilité n'a rien d'exclusif au lupus ; elle est, degré à part, identique dans une série d'autres affections telles que l'épithéliome, le syphilome, etc., qui peuvent être empreints tantôt d'un caractère de bénignité extrême, tantôt d'une malignité incontestable.

Pour le lupus, à la vérité, la bénignité est la note dominante, et c'est là certainement ce qu'a voulu dire Hutchinson qui s'est attaché à donner une esquisse à traits accentués. Mais peut-on oublier, d'autre part, que l'affection ne peut se terminer sans laisser après elle une cicatrice ; peut-on laisser dans l'ombre ces faits déplorables dans lesquels les parois des fosses narines, la sous-cloison, la lèvre supérieure, les commissures buccales, les paupières et le pavillon de l'oreille, la voûte et le voile du palais, les amygdales et les piliers, la paroi postérieure du pharynx, les téguments de la main, de la jambe, du pied, de la vulve, etc., peuvent être envahis, perforés, détruits par le lupus ?

Qui consentira à appeler bénin le lupus serpigineux rongeant, qui a détruit tout le visage d'une malheureuse femme de 40 ans que nous avons en ce moment dans notre salle Saint-Thomas à l'hôpital Saint-Louis, bien que, pendant les 25 années qui se sont écoulées depuis le début de sa maladie, elle ait reçu les soins de tous les maîtres de l'art dans ce pays, qu'elle ait fait plusieurs cures aux eaux minérales de la France ou de l'étranger ?

En résumé, nous dirons : la lésion du lupus, ordinairement bénigne au point de vue de l'extension en profondeur et des destructions qui peuvent en être la conséquence, est, au contraire, parfois très activement maligne ; elle avait, jusqu'à ces dernières années, conservé des cas réfractaires à toute thérapeutique ; ces cas sont devenus, depuis les progrès récents réalisés dans le traitement du lupus, beaucoup plus rares, mais il n'est pas certain que la malignité ne reste pas absolue pour quelques-uns.

### 2° *Syphilis et lupus; lupus et syphilides.*

*a) Syphilis et lupus.* — C'est chose assez généralement admise aujourd'hui en dermatologie que la syphilis individuelle, la syphilis des parents, voire celle des ancêtres, n'entre en rapport pathogénique avec le lupus que d'une manière indirecte et du fait de la qualité scrofuleuse de la lésion. Tout au plus ce dernier point serait-il à discuter avec les médecins qui n'admettent pas que le lupus soit un scrofulome. Toutefois, le savant doyen des médecins de l'hôpital dermatologique de Londres n'a pas jugé inutile d'exposer, en détail, dans sa communication les raisons péremptoires établissant que la syphilis n'engendre le lupus ni par hérédité, ni par voie directe.

*b) Lupus et syphilides.* — Le fait de la confusion possible entre le lupus, ou plutôt certains cas de lupus, avec une lésion syphilitique, une syphilide tuberculeuse particulièrement, a plus d'importance contingente. Cette confusion, en effet, il y a quelque regret à l'avouer, se fait sous nos yeux avec une fréquence assez grande encore pour établir, une fois de plus si cela était nécessaire, combien a été imparfaite l'éducation dermatologique et dermatographique des générations médicales dont la réunion forme aujourd'hui la majorité des praticiens. En réalité, la difficulté est tout exceptionnelle; elle ne commence vraiment qu'au lupus développé dans l'âge adulte (scrofulose de l'adulte); et même, dans ces cas, on peut toujours — par une étude attentive des phénomènes objectifs de la lésion: volume, forme, consistance, couleur; — en tenant compte de la marche, de l'évolution, de la durée, et au besoin, par l'épreuve thérapeutique, arriver au diagnostic vrai.

### 2° *Scrofulose et lupus; spécificité clinique.*

*a) Scrofulose et lupus.* Contrairement à ce que nous considérons être une vérité éclatante, beaucoup de dermatologistes, en dehors de ce pays et dans ce pays, regardent le lupus comme indépendant de la scrofule, ou au moins comme n'en étant pas toujours dépendant. C'est là une erreur fondamentale pour nous qui professons que le lupus est toujours un scrofuloderme et qu'il n'y a pas d'autre scrofuloderme que le lupus.

Quelle est sur ce sujet l'opinion de J. Hutchinson qui fait justement loi pour un grand nombre de praticiens de son pays? Nous constatons avec regret qu'elle peut fournir des arguments aux partisans des deux doctrines, et que la conception de notre savant confrère ne donne qu'une partie de la vérité. Pour lui, le lupus n'a ni spécificité anatomique ni spécificité clinique, et si la scrofule est invoquée au premier rang des conditions pathogéniques de la lésion, celle-ci peut survenir sous l'action de conditions diverses.

Cependant, en examinant attentivement les termes, nous allons voir, qu'en fait, le dissentiment qui nous sépare n'est pas aussi absolu qu'il le semble être au premier abord. Parmi ces conditions pathogéniques diverses, Hutchinson en distingue trois que voici.

1° La scrofule; 2° un état qui produit des affections cutanées symétriques, récidivantes, du type psoriasis «... *which produces relapsing symmetrical skin diseases of the psoriasis type..*; » 3° l'état de débilité circulatoire qui favorise le développement des engelures.

Jusque-là, rien, on le voit, qui soit contraire à la doctrine de la scrofule,

car il est évident que le n° 2 « *tendency to Prosiasis* » que l'auteur reconnaît lui-même être accessoire eu égard aux deux autres conditions, serait au moins discutable; et que les sujets répondant au n° 3, qui ont, à la fois, des engelures habituelles et du lupus, sont bien des scrofuleux. Mais ces trois états pathologiques ne sont pas les seuls que Hutchinson admette, il n'en limite pas exactement le nombre ni l'étendue et il dissocie et divise, comme des éléments primaires (*scrofule and other tendencies*), le faisceau des éléments secondaires dont se compose, en réalité, la maladie constitutionnelle scrofuleuse, laquelle est pour nous la condition pathogénique générale, supérieure, et univoque du lupus.

Cependant voici que nous trouvons, un peu plus loin, dans l'exposé d'Hutchinson cette déclaration importante qu'il ne connaît pas une seule affection scrofuleuse du derme proprement dit, « *the true skin* », à laquelle la dénomination de lupus ne soit pas applicable : « *There is no form of disease of the true skin, beginning in it, of a scrofulous nature, to which the name of lupus is not applicable. It is, I feel sure, impossible to assign any lines of demarcation between scrofulous disease of the skin and lupus, and the attempt to do so is probably a violation of pathological laws* ».

Mais alors, si tout scrofuloderme est un lupus, la proposition inverse est bien imminente, ce nous semble, que tout lupus est un scrofuloderme. D'autre part, quelque variété apparente qu'introduisent dans les différentes formes objectives du lupus, le processus phlegmasique, ou d'autres conditions de tissu, de vascularité, de siège anatomique et topographique, la lésion essentielle n'est-elle pas invariable? peut-elle être ici scrofuleuse, et là non ?

Comment alors comprendre un lupus scrofuleux, et un autre non scrofuleux ; et comment admettre que l'on puisse déclarer une même lésion histologiquement unique, tantôt scrofuleuse tantôt non, selon que le sujet portera, ou non, les stigmates conventionnels, et variables avec chaque médecin, de la scrofulose confirmée, réalisant alors ce paradoxe de vouloir classer une lésion à caractères positifs à l'aide de phénomènes négatifs propre au sujet, et abstraction faite des caractères positifs de cette lésion.

Pour nous, anatomiquement et cliniquement, le lupus est la scrofulose du derme; partout et toujours, c'est un scrofuloderme, et tous les sujets qui ont du lupus sont des scrofuleux ou si l'on préfère des scrofulotuberculeux, au même titre qu'un sujet porteur d'un seul élément syphilitique bien constaté est un syphilitique. En dehors des muqueuses et de la peau, il n'y a plus de lupus, il y a des scrofulotubercules de l'hypoderme, du tissu conjonctif, des ganglions, des tissus fibreux, des os ou des viscères, scrofulomes, ou gommes scrofuleuses.

*b. Spécificité clinique.* Si le lupus est pour nous, comme lésion, une affection toujours scrofuleuse, la scrofule propre du derme, il a en outre, à notre sens, des caractères objectifs suffisants pour en établir, à titre général, la spécificité clinique. Telle n'est pas, l'opinion de J. Hutchinson; pour lui, la part plus ou moins grande que l'élément phlegmasique commun prend au processus lupeux détruit l'unité typique, ne permet pas de définir la lésion avec la précision que l'on peut apporter à caractériser d'autres altérations, rend parfois impossible la distinction avec d'autres formes déterminées d'affections cutanées, crée enfin, selon les modalités pathogéniques propres à chaque sujet, des variétés mixtes réclamant des dénominations composées.

Ici les choses ne nous paraissent plus véritablement à discuter : n'est-ce pas un fait notoire que, dans la grande majorité des cas, le lupus est assez objectivement spécifique pour que le diagnostic en soit des plus aisés, et à la portée de tous ceux qui en ont vu quelques exemples, voire des garde-malades ou des infirmiers d'hôpital ?

Dans ces conditions, qui s'appliquent à la plus grande partie du genre lupus, la difficulté qui peut naître de l'existence de cas frustes, mixtes, composés, ou défigurés par une cause quelconque, locale ou générale, altère-t-elle en quelque chose la netteté des grandes lignes de l'affection dont le diagnostic peut être ambigu, mais est presque toujours réalisable pour le médecin compétent ? Non, en aucun cas, la spécificité clinique du lupus n'en saurait être lésée.

### 4° *Division du lupus.*

La phase de transition que traverse l'étude du lupus n'est pas favorable à la revision complète de ses divisions; cependant un aperçu sur ce sujet pouvant donner lieu à des considérations importantes, nous allons nous y arrêter quelques instants en suivant l'exposition de J. Hutchinson.

La première parole du savant dermatologiste est pour rejeter l'ancienne division du lupus en *L. exedens* et en *L. non exedens*, ces qualifications, à son sens, distinguant seulement le lupus du nez, lequel est presque toujours rongeant, de celui des surfaces planes qui ne le serait pas, et reposant particulièrement sur la confusion, autrefois faite, avec diverses lésions et notamment avec le « *rodent ulcer* ».

Immédiatement après se trouve signalé, pour être également rejeté, le *L. hypertrophique.*

Nous ne partageons pas la manière de voir de notre confrère; ce n'es pas comme *espèce* spéciale du genre que l'on distingue le *L. exedens*, mais simplement comme une forme ou une *variété*, ce qui est absolument différent.

Aucune considération spéculative ne peut empêcher qu'il n'y ait, en réalité, d'une part des variétés de lupus qui ne s'ulcèrent jamais, même au nez, et d'autre part des variétés de lupus qui s'ulcèrent (quelquefois ou souvent, peu importe en ce moment). Or, puisqu'il y a des cas de lupus non rongeant, et des cas de lupus rongeant, l'on a eu raison de représenter ces particularités par des mots appropriés.

En ce qui concerne la substitution de lupus du nez à *lupus exedens*, on ne peut pas ne pas faire remarquer que la qualité destructive du lupus, n'est pas limitée à l'appareil nasal où il n'y a qu'une prédominance résultant, et de la prédominance même du nombre de cas (le lupus étant très fréquent au nez), et de la condition anatomotopographique de la région. Cela n'a rien de particulier au lupus; toutes les lésions d'ordre quelconque : scléromes, syphilomes, épithéliomes, etc., sont destructives au nez, aux narines, à la sous-cloison et à la cloison.

Nous conservons aussi, pour notre part, la dénomination de *L. hypertrophique*, pour une variété (non pour une espèce) de lupus qui la comporte anatomiquement et cliniquement. Le lupus galopant du centre de la face, le lupus vulgaire étendu aux deux joues, à la lèvre supérieure, à la vulve, produisent une hyperplasie vasculaire et conjonctive parfois énorme du nez, de la lèvre supérieure, des joues, des grandes lèvres. Le terme de lupus hyper-

trophique indique ces variétés dont l'existence a besoin d'être marquée par un terme propre.

La division capitale du lupus pour Hutchinson doit être établie entre le *L. érythémateux* et le *L. vulgaire*. C'est l'avis de tous les dermatologistes, et le nôtre, à la condition toutefois de reprendre l'ordre nosologique régulier perdu de vue tout à l'heure et de préciser que nous parlons *d'espèces* du *genre* lupus, c'est-à-dire de la division *primaire*.

Nous n'avons plus qu'un mot à ajouter à l'occasion du choix fait par J. Hutchinson du caractère distinctif saillant de ces deux espèces, caractère qu'il place dans la symétrie du *L. érythémateux* opposée à l'asymétrie du *L. de Willan*. Nous choisirions pour notre part d'autres caractères objectifs plus fixes, le tubercule lupeux, par exemple, d'une part; la vascularité prédominante à la bordure de l'herpès centrifuge de Biett, d'autre part, et l'absence de tubercules, ou encore maint autre caractère positif. En fait, l'asymétrie n'est pas exclusive au lupus de Willan, et elle ne constitue qu'un caractère de second rang, à utiliser dans les cas où la distinction entre les deux formes est douteuse, ou si la question de prédominance de l'une ou de l'autre, venait à être agitée.

### *A. Lupus erythémateux; subdivisions.*

Hutchinson distingue : 1° le *L. sébacé;* 2° le *L. érythémateux hémorragique* (« *in which the erythema élément is intense and produces proneness to bleed* »).

Abstraction faite de la qualification de *sébacé* pour la première forme que nous préférons appeler simplement *acnéique* avec les auteurs français, et de la qualification d'hémorragique pour la seconde, cette division est conforme à l'opinion de la généralité des observateurs.

*a. L. acnéique.* Nous voulons rappeler que c'est essentiellement la forme décrite par Devergie sous le nom d'*herpès crétacé;* qu'elle comprend plusieurs variétés morphologiques, et surtout nous voulons ajouter que, par opposition à l'extrême bénignité de quelques-unes de ces variétés, il en est quelques autres, au contraire, intenses localement, ou graves à titre général par les érysipèles de mauvaise nature, qui peuvent survenir dans leurs cours, soit spontanément, soit en coïncidence avec le traitement local.

*b. L. érythémateux.* Ce serait sortir du cadre de ce travail que de tracer l'esquisse des variétés assez nombreuses, simples ou mixtes, de cette forme de lupus; mais nous ne croyons pas possible d'omettre la division si essentiellement vraie et pratique, proposée par le professeur Kaposi, et que nous n'avons pas trouvée dans la communication de notre confrère. Cette division nous est apparue si conforme aux faits, que nous l'avons depuis longtemps adoptée, et que nous en démontrons soigneusement, sans cesse, le bien fondé dans notre enseignement clinique, où nous distinguons dans le lupus de Cazenave trois variétés principales : 1° Le *L. érythémateux* discoïde, isolé, solitaire, disséminé à la face, et dans le cuir chevelu; variété bénigne. 2° Le *L. érythémateux* agminé, ou agrégé, disposé par vaste îlots, occupant une grande partie de la face et du cuir chevelu; forme intense, pouvant s'accompagner de phénomènes thoraciques, d'arthropathies, etc. 3° Le *L. érythémateux* généralisé, à la face et aux extrémités; formes graves, avec rein scrofuleux et albuminurie, etc.

*B. Lupus vulgaire.* Pour le lupus vulgaire, Hutchinson reconnait, au point

de vue clinique, les six variétés suivantes : Le *L. solitaire* (*single patch lupus*); le *L. multiple* (*many patch lupus*) ; le *L. ulcéreux* ; le *L. acnéique* (*acné-lupus*); le *L. eczémateux* (*eczéma-lupus*); le *L. marginé*.

1° *L. solitaire*. C'est la forme la plus bénigne, peu apte à l'ulcération, lent dans son évolution, ayant son lieu d'élection à la joue, mais pouvant exister partout ailleurs, lié à un degré peu élevé de scrofulose, et coïncidant avec une santé parfaite. Tout cela est l'expression de l'observation la plus exacte.

2° *L. multiple*. C'est le plus commun. Pour les cas où les foyers sont nombreux et répandus sur tout le corps, Hutchinson avait autrefois proposé le terme de *L. psoriasis*, mais il s'empresse de reconnaître , lui-même, l'impropriété de cette application.

3° *L. ulcéreux* (« *ulcerating* »). Bien qu'il ait plus haut rejeté cette distinction et qu'il déclare, de rechef, très difficile d'appliquer le terme d'ulcérant pour distinguer les variétés d'un lupus plus ou moins ulcéreux dans la majorité des cas, notre savant confrère distingue cependant les cas dans lesquels l'élément inflammatoire est, à ce point, prédominant que les caractères propres du lupus sont presque complètement masqués par le tissu de granulation et par les croûtes : il reconnait que, dans ces cas, la scrofulose du sujet est très accentuée, et que le lupus du pied s'ulcère rapidement. Nous n'opposerons pas ce paragraphe à celui dans lequel il a été déjà parlé, plus haut, de l'ulcération dans le lupus ; nous préférons faire remarquer que l'ulcération scrofulodermique ne doit pas cesser d'être distinguée, à la manière classique, selon qu'elle procède en surface ou en profondeur, et que rien ne saurait empêcher de mettre tout à fait en saillie le caractère ulcératif ou destructeur de certaines formes de lupus.

Nous jugeons absolument indispensable d'insister sur ce point auprès des élèves en les engageant à ne jamais oublier que cette même affection, quelquefois absolument impropre à l'ulcération, comme dans le L. érythémateux, et dans les formes communes du L. vulgaire, est quelquefois, au contraire, ulcéreuse au plus haut degré, soit en raison du siège topographique ou anatomique de la lésion pathologique, soit en raison de l'état constitutionnel du sujet, ou de quelque condition locale que nous ignorons encore : La cloison des fosses nasales, la sous-cloison surtout, les parois des narines, les extrémités des membres, les plis articulaires, les commissures labiales, la voûte et le voile du palais, voilà les points où l'ulcération et la destruction sont toujours à redouter. Les formes à marche rapide, et au premier chef le lupus à tubercules volumineux, mous, vasculaires, dont le lieu d'élection, non le siège exclusif, est la lèvre supérieure, les fosses narines, les ailes et le lobule du nez, avec toutes les parties attenantes des joues, sont toujours ulcéreuses, perforantes, et destructives. Fut-ce d'ailleurs un scrofuloderme à marche moins rapide, à aspect plus rapproché de celui des plaques bénignes du lupus tuberculeux simple, s'il occupe un des siéges topographiques indiqués tout à l'heure, n'hésitez pas à l'attaquer immédiatement, si vous savez surtout ce qu'il faut *ne pas faire*; soyez assuré que la lésion a déjà pénétré plus profondément que cela ne paraît, et faites toutes vos réserves sur l'état dans lequel les parties atteintes se présenteront après la cicatrisation.

Entre les formes non ulcératives et les formes rongeantes du lupus, la distinction est capitale en pratique ainsi que nous venons de l'exposer, et nous nous séparons de l'opinion de Hutchinson en déclarant au contraire formellement, que nous reconnaissons le bien fondé de la division des anciens auteurs qui avaient compris l'importance pratique de cette distinction, quel-

que en puisse être la valeur scientifique. Nous reviendrons tout à l'heure à propos du traitement sur cette distinction capitale.

4° *L. acnéique.* Hutchinson appelle ainsi les formes dans lesquelles l'affection se dispose en petits éléments séparés, à la manière de l'acné ou de l'impétigo ; cette forme est assez rare, mais très remarquable, et tout à fait embarrassante pour le médecin qui n'a pas fait une étude spéciale de la dermatologie ; nous en avons déposé un exemple remarquable dans le Musée de l'hôpital Saint-Louis. Nous l'appelons *Lupus acnéiforme* et non *L. acnéique*, cette désignation appartenant légitimement à une forme déjà classée du *L. érythémateux.*

5° *L. eczématiforme.* Cette dénomination est appliquée par l'auteur à une forme très rare dans laquelle, n'était l'ancienneté de la lésion, l'élévation sensible du bord, la résistance au traitement, et la cicatrice qui succède à sa guérison, on pourrait, trompé par les phénomènes inflammatoires qui évoluent dans la couche superficielle du derme, croire qu'il s'agit d'un placard d'eczéma. Hutchinson est bien frappé de l'extrême minceur de l'infiltrat lupeux qui rapproche cette lésion du lupus érythémateux, mais il repousse cette assimilation parce que la lésion n'est jamais symétrique, argument que nous n'admettons pas, ainsi que nous l'avons indiqué déjà.

Ce qu'il importe à notre sens de dire au sujet des rapports morphologiques à établir entre le lupus vulgaire et l'eczéma, c'est qu'il y a des *variétés* méritant les noms de *L. eczémateux* ou de *L. impétigineux*, dans lesquelles un processus phlegmasique eczématiforme ou impétiginiforme masque parfois à ce point les caractères du lupus qu'un observateur inexpérimenté laissera, croyant avoir affaire à un impétigo simple, un foyer plus ou moins étendu de lupus galopant détruire le lobule, ou une aile du nez, impétigo rongeant, lupus impétigineux. C'est encore qu'il existe, à côté de ces formes, mais tout à fait différentes, des variétés dans lesquelles, à des degrés divers et sous des formes variées, le *mode ulcératif* s'opère par un processus exsudatif aigu ; on trouve alors la surface lupeuse criblée de petits lacs purulents épidermiques, qui se renouvellent incessamment même au milieu des surfaces cicatricielles, et accumulent à la surface d'ilots de végétations molles, des croûtes plates adhérentes, qui dissimulent aux yeux inexpérimentés les destructions profondes, et, dans beaucoup de cas, constituent l'obstacle le plus insurmontable à la guérison définitive.

6° *L. marginé.* Voici encore une espèce que Hutchinson déclare très rare et qu'il distrait du lupus érythémateux parce que sa vascularité est médiocre, et qu'il n'est pas symétrique (*having no tendency to symmetry*) ;

Nous ferons remarquer qu'il y a des formes de lupus *vulgaire* très vasculaire, et des formes de lupus érythémateux très médiocrement vascularisées ; quant à la symétrie, nous nous sommes déjà expliqué suffisamment sur ce point pour n'y pas revenir. Les autres caractères donnés par l'auteur sont : un bord très mince et très délicat, et la formation rapide d'une cicatrice centrale sans ulcération. Ce sont, pour nous, tous caractères qui rejettent cette forme dans le lupus érythémateux.

### 5° *Traitement du lupus.*

Le traitement du lupus est assurément le point capital de la question : deux points sont à déterminer : médication générale, médication locale.

*A. Médication générale.* Les sujets atteints de lupus étant des scrofuleux ou au moins des débilités, il est évident que toutes les médications toniques, analeptiques, antiscrofuleuses seront de mise, mais aucune d'elles n'a en vérité d'action sur la lésion réalisée ; Hutchinson le constate, et il est, en cela, en communion avec tous les dermatologistes actuels ; mais il ajoute que, pour ne pas affaiblir la constitution il faut se garder d'avoir recours aux iodiques et aux mercuriaux. Nous passons condamnation sur les mercuriaux, mais sur les iodiques ? assurément non.

L'opinion de Hutchinson est vraie pour le lupus de Willan, elle a été vraie, jusqu'ici pour la plupart des cas de lupus érythémateux ; mais quelques-uns de ceux-ci paraissant parfois subir, dans un délai assez court, une guérison *spontanée*, il ne faut pas sacrifier toute espérance d'agir favorablement par la voie interne ; nous parlerons tout à l'heure du travail de Mc Call Anderson sur le traitement du *L. érythémateux* par l'iodure d'amidon ; et nous pouvons dès maintenant déclarer que nous possédons deux cas de guérison de *L. érythémateux* par l'usage interne de l'iodoforme à haute dose, 50 centigrammes à 1 gramme par jour.

Cette réserve posée, et parlant essentiellement du lupus vulgaire, nous reconnaissons avec Hutchinson que la néoplasie doit être détruite, déracinée, sans délai et sans hésitation, mais nous n'acceptons pas absolument les moyens d'action tels qu'il les propose : Les caustiques, le cautère actuel, et le raclage par le procédé de Volkmann, dit-il, sont très bons, « *very good* ».

Nous ne croyons pas chose suffisante d'accuser avec Hutchinson une *préférence* pour le dernier moyen, le raclage, et nous repoussons catégoriquement le cautère actuel et les caustiques. Nous possédons aujourd'hui, ainsi que nous le dirons explicitement plus loin, dans les procédés de Vollkmann et de Balmanno Squire, des moyens qui ne permettent pas d'enseigner que le fer rouge et les caustiques restent de très bons moyens de guérison au point de vue actuel. Assurément, on peut, à leur aide, guérir d'une manière satisfaisante le lupus ; mais les inconvénients actuels et éloignés de ces deux procédés de traitement ne permettent pas de les conserver au même titre que les nouvelles méthodes. Tout au plus pourrait-on dire qu'il peut se présenter tel cas particulier où l'emploi du cautère actuel ou des caustiques trouve son indication partielle, mais ce sont là, en fait, des moyens de traitement dont l'heure est passée, et qu'il n'y a pas à regretter. Nous rappelons toujours que nous visons ici, sinon exclusivement, au moins particulièrement, le *L. vulgaire*, quelques cas de *L. érythémateux* pouvant être traités avantageusement par des applications diverses convenablement dirigées, telles que l'iode, la potasse, etc.

Nous dirons bien avec notre savant confrère que le procédé de Volkmann marque une ère nouvelle dans le traitement du lupus, mais nous ajouterons que c'est moins en raison de sa valeur propre, que parce qu'il a porté le premier coup à la thérapeutique du lupus, telle que nous l'avaient donnée nos maitres.

Il nous eût été bien profitable de savoir les résultats de la grande pratique de Hutchinson, à l'occasion des nouveaux moyens de traitement du lupus, mais ce maître éminent n'ayant voulu tracer qu'une esquisse du sujet qu'il avait choisi, ne nous a pas donné cette satisfaction. Nous compléterons tout à l'heure cette lacune, au moins en partie, à l'aide de notre pratique personnelle, à propos de la communication de Balmanno Squire.

## II

### Mc Call Anderson.

*Le lupus érythémateux peut-il être guéri par une médication interne?*

Il n'existe jusqu'à présent, cela n'est que trop certain, aucun médicament interne à l'aide duquel on puisse obtenir la guérison du lupus vulgaire. Ce fait est connexe de cet autre que l'on ne voit guère non plus cette guérison survenir d'une manière spontanée. Cependant, de ce que cela a été ainsi jusqu'alors, faut-il en déduire d'une manière certaine que cela sera toujours ainsi, et décourager ceux qui cherchent sans cesse des médications nouvelles dans les préparations sans nombre que le progrès des sciences chimiques met entre nos mains? Assurément non, et à notre sentiment les médecins sont un peu trop fatalistes à cet égard : Tant d'analogies de tout ordre, cliniques et anatomiques, rapprochent la gomme scrofuleuse de la gomme syphilitique par exemple, le tubercule du lupus vulgaire, du tubercule syphilitique, qu'il n'y a véritablement pas lieu de perdre espoir. Nous voudrions voir les recherches faites dans cette direction autrement encouragées qu'elles ne le sont, et ce serait chose juste de ne pas affecter, comme le font quelques-uns, un dédain superbe pour ceux qui cherchent surtout les moyens de guérir.

Il faut, d'ailleurs, dès maintenant, établir de ce chef une distinction entre le lupus vulgaire et le lupus érythémateux qui a une tendance plus positive à la guérison spontanée. Aussi accueillons-nous avec le plus vif empressement la communication de Mc Call Anderson au congrès de Cork sur le traitement du lupus érythémateux par l'iodure d'amidon, dont nous allons parler. Bien qu'elles nous fussent connues très imparfaitement auparavant, nous savions déjà les premières tentatives qui avaient été faites, et le nom de Mc Call Anderson nous fut de suite un sûr garant qu'il s'agissait d'une proposition sérieuse.

Aussi, dès le commencement de cette année 1880, avons-nous appliqué au traitement du lupus érythémateux non pas l'iodure d'amidon (mais l'iodoforme dont nous avons la longue pratique, et que nous soumettons depuis longtemps à une enquête étendue pour l'usage interne). On nous permettra, à cette occasion, de rappeler, ce que l'on a souvent omis de faire, que c'est nous qui (après notre éminent maître et collègue Lailler qui nous avait confié le résultat des essais qu'il avait entrepris dans cette direction) avons appliqué en thérapeutique l'iodoforme à l'*usage externe,* et précisé ses indications générales, dans une note insérée dans le *Bulletin général de thérapeutique,* année 1867, t. LXXIII, p. 551, la première publication qui ait été faite sur la matière.

Dans sa communication au congrès de Cork, Mc Call Anderson constate d'abord la résistance du lupus érythémateux aux diverses médications internes qui lui ont été opposées, et cependant il signale avec soin l'existence, constatée par lui, de cas de guérison spontanée.

Il y a quelques années, le savant professeur de clinique médicale à l'Université de Glasgow apprit que son honorable ami, le D[r] Colligan, de Paisley, avait employé avec succès l'iodure d'amidon à l'intérieur, à la dose de trois

cuillerées à café par jour, dans un cas delupus érythémateux qui avait résisté à tous les moyens externes conseillés par lui-même. Le Dr Colligan avait été conduit à employer ce moyen par le suovenir des résultats qu'il avait vu obtenir dans d'autres affections à l'aide de ce médicament par son ancien maître le Dr André Buchanan. Un deuxième cas encourageant ayant été observé par lui, Mc Call Anderson, mit en expérience le médicament dans un certain nombre de cas, à la dose do une à quatre cuillerées à thé par jour, en trois ou quatre fois, dans de l'eau simple ou de l'eau de gruau.

Mc Call Anderson ne juge pas ce moyen infaillible, mais il le considère comme un appoint important à la thérapeutique de l'une des plus tenaces parmi les affections cutanées ; il recommande essentiellement de ne juger le médicament que sur des cas de lupus érythémateux bien différenciés du lupus vulgaire, et avec une préparation récemment faite. La dose suffisante lui paraît être celle de trois à quatre cuillerées à café par jour, dans un véhicule aqueux, jamais alcoolisé.

Postérieurement à l'époque où Colligan et Mc Call Anderson ont fait connaître pour la première fois leurs essais de traitement du lupus erythémateux par l'iodure d'amidon à l'intérieur, depuis un an environ, j'ai soumis à l'emploi de *l'iodoforme*, plusieurs cas de lupus erythémateux soigneusement choisis parmi les plus remarquables et les plus rebelles. La dose quotidienne du médicament, que j'ai en outre mis en expérience dans une nombreuse série d'autres affections, a varié de 50 centigrammes à 1gr, 10, en pilules de 5 ou de 10 centigrammes; 10 ou 20 centigrammes sont bien tolérés par les enfants, en pilules de 5 centigrammes, prises surtout au moment des repas; chez les adultes, 50 centigrammes sont toujours bien supportés; plusieurs malades soigneux, et désirant se guérir prennent 60, 80 centigrammes, et même 1 gramme. Les inconvénients du médicament sont peu prononcés du côté des voies digestives, mais accentuées du côté de la bouche, où l'élimination du médicament produit, non une stomatite, mais un peu de salivation et un goût désagréable.

De même que Mc Call Anderson le fait pour l'iodure d'amidon, je ne propose pas l'iodoforme comme un moyen infaillible contre le lupus érythémateux ; je dirai seulement que j'ai vu, cette année même, guérir deux cas de lupus érythémateux au cours de ce traitement; l'un avait son siège à la face, l'autre à la face et au dos des mains. Pour ce dernier, j'ai eu la très vive satisfaction de pouvoir montrer la malade à la première de mes leçons cliniques de cette année, et de pouvoir faire constater la guérison avant la fin du troisième mois.

Je me joins donc à mon savant confrère de l'université de Glasgow pour recommander l'emploi de l'iodure d'amidon, (ou de l'iodoforme) dans les cas bien nets de lupus érythémateux simple, aux doses utiles et tolérées, et avec la persévérance nécessaire.

Quelque doive être le résultat définitif de ces essais, il faut d'autant moins en abandonner la poursuite pour le *L. érythémateux*, que les procédés chirurgicaux sont moins parfaitement applicables à ce dernier qu'au *L.* de *Willan*, et que, dans certains cas, le processus érythémateux continuant avec activité, se développe sans cesse à la périphérie des surfaces chirurgicalement traitées, ou en d'autres lieux. A ce point de vue, la thérapeutique du lupus érythémateux diffère essentiellement de celle du lupus vulgaire ; c'est là un point qui avait besoin d'être précisé et l'on ne saurait trop hautement savoir gré à nos savants confrères d'Angleterre de l'appoint nouveau qu'ils ont apporté à cette importante question de pratique médicale.

## III

### Herbert Stowers

*Le terme de lupus syphilitique doit être abandonné; le lupus est une lésion de la scrofule; statistique du lupus.*

#### 1° *Lupus syphilitique.*

Dès le commencement de sa communication, Herbert Stowers insiste sur la nécessité d'abandonner l'expression de « lupus syphilitique » que quelques médecins appliquent encore à la syphilide tuberculeuse.

Nous ne saurions trop hautement nous associer à la très juste remarque de notre savant confrère; cette question est depuis longtemps pour nous chose jugée conformément aux principes de la nosologie : Le lupus en effet, est une *affection* (ou une maladie pour ceux qui n'attachent pas au mot d'affection » le sens précis que Bazin lui a donné) déterminée, différenciée, classée ; or continuer à donner le nom d'une affection (ou d'une maladie) à une *lésion qualifiée* (syphilide tuberculeuse) est une de ces fautes essentielles de nosologie que les dermatologistes soucieux de l'exactitude du langage ne doivent plus tolérer. Qu'il y ait, parfois, grande analogie objective entre un syphilome tuberculeux, ulcéreux ou non, et un lupus vrai, cela ne fait pas question; mais cela précisément montre encore mieux combien il est nécessaire de s'astreindre à une sévérité terminologique qui ne permette aucun compromis, et ne laisse aucun sous-entendu.

#### 2° *Lupus et scrofule.*

C'est pour nous une vive satisfaction de nous trouver encore absolument en communion avec Herbert Stowers au sujet de la nature du lupus qu'il déclare délibérément être une lésion de la scrofule constitutionnelle ; nous avons déjà en termes assez explicites, précisé ce point plus haut, qu'il n'y a pas lieu d'y revenir à nouveau.

#### 3° *Statistique du lupus.*

L'étude comparée de la fréquence du lupus dans les différentes contrées offre le plus grand intérêt, mais nous devons ajouter qu'aucune des statistiques qui ont été produites ne présente les conditions nécessaires à un parallèle véritable. Nous n'attachons pas, par exemple, une importance absolue aux chiffres rapportés par notre distingué confrère, et d'après lesquels il y aurait, sur 100 sujets atteints d'affections cutanées, 6 cas de lupus en Amérique ; 1,98 à Glasgow; 3 en Autriche ; 0 à Dublin « *in* 3,000 *consecutive cases of skin-diseases* ; » 2,5 à *Saint-Bartholomew's Hospital*, etc. C'est là une étude à reprendre en différents points à la fois, pendant une même période scientifique, sur un plan commun, et avec des garanties spéciales.

Quant aux particularités d'âge, de sexe, de siège, elles sont assez approximativement connues, mais les bases d'une numération précise, et assez large pour embrasser la réalité des choses, manquent encore.

Assurément les éléments de cette statistique existent suffisamment nom-

breux dans notre hôpital Saint-Louis qui centralise un nombre de sujets atteints de lupus que nul établissement au monde ne possède ; mais, même sur ce terrain si favorable, un semblable travail présente des difficultés d'exécution très grandes ; d'une part en effet on y trouve confondus non-seulement la majorité des cas de lupus de la capitale, mais encore un grand nombre de ceux des départements, ce qui rendrait déjà l'appréciation comparative, avec les affections cutanées en général de la localité, inexactes. D'autre part, nos malades vont, viennent, sortent de l'hôpital et y rentrent en toute liberté, changent de division sans loi ni règle, puis sont perdus de vue définitivement ou temporairement, et rendent ainsi impossible toute tentative de statistique rigoureuse. D'autre part, l'indépendance absolue des six services dermatologiques de cet hôpital rendrait encore, cette recherche numérique inexécutable pour celui qui la voudrait scientifiquement exacte, surtout dans les particularités. Voilà pourquoi, bien que *les nombres* ne nous manquent pas, nous ne donnons pas notre propre statistique.

La communication d'Herbert-Stowers contient encore nombre de particularités intéressantes sur l'âge et le sexe des sujets atteints de lupus selon la forme et d'après la localisation — ; sur les caractères du lupus érythémateux d'après l'observation de Thin (1875. *Med. chir. Transact.*) établissant qu'il n'y a pas de rapport nécessaire entre les organes glandulaires (follicules sébacés et sudoripares) et la lésion lupo-érythémateuse proprement dite, etc. ; mais les limites de cet article qui n'est pas terminé ne nous permettent pas, à notre regret, de les indiquer plus longuement.

## IV

### Balmanno Squire

*Les nouveaux procédés de traitement du lupus.*

Depuis un assez grand nombre d'années, dans tous les pays, la génération dermatologique qui est arrivée aujourd'hui à maturité cherche, avec ardeur, les moyens de soustraire le traitement local du lupus aux procédés de cautérisation empiriques, douloureux, imparfaits, etc., qui avaient fait, jusque là, les frais de la thérapeutique locale de cette affection.

De réels perfectionnements avaient été réalisés dans cette voie, par les médecins actuels de l'hôpital Saint-Louis ; il serait injuste et ingrat de le méconnaître ou de ne pas le rappeler : L'emploi du chlorure de zinc, bien régularisé, etc., l'application, sur les surfaces lupeuses, dénudées par une vésication préalable de couches, (graduées à volonté), de poudre de bromure de potassium ou de nitrate de plomb (dernier procédé qui nous était personnel), fournissaient d'excellents et de solides résultats dans certains cas déterminés, particulièrement dans le lupus vulgaire simple, non ulcéreux. Aujourd'hui encore aucun procédé, pour des régions très limitées, n'est supérieur à celui-là, aucun surtout ne réalise plus rapidement une guérison *définitive*.

Toutefois, dans le lupus ulcéreux la cautérisation, surtout à la région nasale, alors même qu'elle était menée avec le plus de prudence et d'habileté, achevait quelquefois la destruction, et emportait la sous-cloison, ou une aile du nez qui n'étaient pas décidément compromises. De plus, certaines formes de lupus (par exemple le lupus galopant de la face, qui occupe le nez, les par-

ties attenantes des joues et la lèvre supérieure, résistaient à tous les moyens de traitement, ou ne pouvaient être enrayées qu'au prix de destructions caustiques inacceptables.

Il fallait donc trouver autre chose, et il n'est pas un pays où, depuis dix ou quinze années, on n'ait cherché à associer à la cautérisation des ponctions, des piqûres ou des incisions avec des instruments simples ou compliqués. De nombreux essais avaient été faits depuis longtemps dans cette direction par mon savant maître et collègue M. Lailler, et j'avais, moi-même, à côté de lui, essayé, fabriqué ou fait construire des instruments de toute sorte; l'imperfection des résultats obtenus nous a toujours paru ne pas justifier de publication hâtive, et c'est pour cela que nous n'avons pas écrit le détail de nos recherches, qui ont d'ailleurs toujours été exécutées publiquement.

Il m'a semblé nécessaire de rappeler en quelques lignes cette *période de transition* dont je ne trouve pas la marque suffisamment indiquée par les divers auteurs qui exposent, à l'heure présente, la nouvelle thérapeutique du lupus.

Aujourd'hui, deux procédés de traitement local du lupus se distinguent de tous les autres, et occupent hautement le premier plan, ce sont le *raclage ou la rugination*, opération de Volkmann, et la *scarification linéaire*, opération de Balmanno Squire, étendue et perfectionnée par Emile Vidal. Depuis plusieurs années, j'ai mis publiquement en expérimentation, et sur une échelle très étendue, ces deux méthodes que je crois avoir développées, et que j'ai au moins vulgarisées en les enseignant directement à un grand nombre de médecins ou d'élèves, français ou étrangers.

Le raclage et la scarification linéaire ne s'excluent en aucune manière, comme on l'a dit à tort; chaque opération a ses indications spéciales et ses applications particulières. L'aiguille de Balmanno Squire, et la curette de Volkmann, perfectionnées, appropriées par chacun aux nécessités de sa pratique font partie de l'outillage quotidien du dermatologiste, et resteront dans son arsenal; leur adaptation dépasse de beaucoup l'étroit terrain du lupus pour lequel elles ont été conçues; l'acné, les cicatrices vicieuses, les écrouelles, diverses petites tumeurs de la face ou d'autres points, le molluscum de Bateman, diverses végétatious, quelques variétés d'épithéliome, un grand nombre de lésions du col utérin, etc., etc. Voilà, très incomplètement, une série d'altérations auxquelles nous appliquons, chaque jour, l'un ou l'autre des instruments de Volkmann ou de Balmanno Squire.

### *Méthode de Balmanno Squire.*

La communication faite par Balmanno Squire en août 1879 au Congrès de Cork, a trait surtout à l'emploi de la *scarification linéaire;* l'auteur rappelle que l'on a, depuis de nombreuses années, employé avec avantage en différents pays la *scarification ponctuée multiple* dans le traitement du lupus, et que la démonstration méthodique de ce procédé fut donnée pour la première fois par Dubini (de Milan), mais que la méthode a surtout pris grand développement à partir du moment où Volkmann, de Halle, l'a chaudement prônée.

C'est depuis peu d'années seulement que Balmanno Squire a proposé la *scarification linéaire*, comme un perfectionnement de la méthode de Dubini et de Volkmann. Le mode d'action est analogue, mais, fait-il remarquer, le

résultat obtenu est plus complet, plus promptement réalisé, et plus durable : De même que la scarification ponctuée, la scarification linéaire, par la section des capillaires, anémie rapidement la plaque de lupus, et la phlegmasie localisée qui suit le petit traumatisme favorise la destruction du néoplasme.

La réparation immédiate se fait avec une extrême rapidité après l'opération de Balmanno Squire; Emile Vidal, après Kaposi et Ed. Lang, en a précisé histologiquement le mécanisme dans les termes qui suivent : « Les cellules lupiques les plus avancées, celles qui sont en voie de segmentation, aussi bien que les cellules géantes, subissent la dégénérescence granulo-graisseuse, et sont détruites durant la phase d'inflammation, tandis qu'une partie des cellules les plus jeunes, les cellules embryonnaires, celles qui se présentent sous la forme de noyaux, entraînées dans le processus cicatriciel, se modifient et concourent à la formation du tissu conjonctif. » (1880, *Lect. à l'Acad. de Médecine.*)

Cette observation anatomique délicate explique d'une manière satisfaisante ce résultat remarquable sur lequel le savant thérapeutiste du *British Hospital for Diseases of the Skin* appelle justement l'attention, à savoir : 1° qu'à partir du moment où le traitement par les scarifications linéaires est institué, les *progrès* de la lésion sont enrayés; 2° que la réparation, la restauration de l'organe malade, se font dans une étendue et dans des proportions qui ne semblaient pas réalisables d'après l'état de dégradation pathologique apparent. C'est ainsi, par exemple, qu'une extrémité nasale qui semble détruite, profondément par une nappe fongueuse de granulations, peut être réparée par l'aiguille, presque *ad integrum*, aussi longtemps que le squelette cartilagineux n'a pas été détruit.

*Exposé sommaire du traitement du lupus par les scarifications linéaires.*

Nous demandons maintenant, la permission d'exposer sommairement le traitement du lupus par les scarifications linéaires tel que nous le pratiquons.

1° *Instruments.* L'instrumentation de la méthode est des plus simples : Quelques aiguilles courtes, de un à deux centimètres, les unes tranchantes au sommet seulement, les autres dans toute leur étendue, solidement montées sur un manche analogue à celui des aiguilles à cataracte, voilà ce qui est nécessaire, voilà seulement ce dont il faut se servir. En raison de la délicatesse de ces intruments dont la trempe et le tranchant doivent être de première qualité, et être maintenus en bon état, il faut en avoir toujours de récemment aiguisés, ce qui, en définitive, peut être aujourd'hui, obtenu à peu de frais, et pourrait devenir plus aisé encore. Nous proscrivons absolument du traitement du lupus l'emploi du scarificateur de la conjonctive que nous avons vu, entre des mains inexpérimentées, dépasser de beaucoup le but à atteindre.

Les aiguilles tranchantes servant à hacher, ou plutôt à hachurer, c'est-à-dire à couvrir de hachures incisées, le tissu pathologique, exactement comme si, avec une plume à écrire, on voulait l'ombrer régulièrement à la manière des dessinateurs. On comprend aisément qu'il faille une certaine pratique pour arriver à exécuter très convenablement, à une profondeur déterminée, et à intervalles égaux, ces petites incisions multiples sur une surface saignante. Il était donc naturellement indiqué de mettre, entre les mains peu exercées, des instruments qui permissent de satisfaire aux indications nécessaires, et qui

fussent limités dans leur action en profondeur. Cela a été réalisé aussi heureusement que possible par le scarificateur à lames multiples et à ailettes de Balmanno Squire, ainsi que par les instruments de divers calibres construits dans ce but, tels que ceux qui m'ont été montrés à Paris, par mon savant et cordial confrère, le Dr Malcolm Morris (de Londres) dont je conserve le plus agréable souvenir. Ces instruments trouvent encore leur application, même entre des mains expérimentées, quand il s'agit de scarifier de très grandes plaques de lupus, ou encore, pour *dégrossir*, si l'on peut s'exprimer ainsi, des plaques de lupus saillantes, très congestionnées, qu'il y a lieu d'attaquer vivement et rapidement, après anesthésie locale préalable. Mais en dehors de ces indications très précises que nous formulons, le scarificateur à lames fixes ne réalise que très imparfaitement ce que fait, au contraire, avec une grande perfection, une main quelque peu exercée, armée d'une aiguille tranchante, maniée avec souplesse entre les doigts exactement comme une plume à écrire.

### 2° *Procédé opératoire.*

Le procédé d'exécution, lui-même, est beaucoup plus aisé à démontrer pratiquement que théoriquement ; il consiste à hacher dans tous les sens, méthodiquement et régulièrement, l'îlot de peau lupeux ; plus les hachures seront rapprochées et faites régulièrement, plus on aura de chances, en couvrant la partie malade de hachures losangiques à la manière de l'ombre d'un dessin à la plume, d'atteindre exactement la superficie de toute la plaque. La profondeur à laquelle doit pénétrer l'aiguille est déterminée par le degré de résistance rencontré, lequel, très faible pour le tissu pathologique, devient, au contraire, très appréciable pour les parties saines du derme qu'il faut atteindre sans les dépasser et que l'on entend très distinctement crépiter sous la pointe de l'aiguille. En cette opération comme dans toutes les autres, il faut comprendre d'abord, mais aussi voir agir, et avoir agi soi-même ; il n'est personne qui ne puisse acquérir assez rapidement en pratiquant le degré d'habileté indispensable ; on devra s'attacher soigneusement, après avoir bien fixé et immobilisé sur un appui quelconque le bord externe et la paume de la main, comme on le fait pour écrire, à manier l'aiguille, comme une plume, *avec les doigts*, et non avec les mouvements étendus du bras et de l'épaule, auxquels se complaisent les débutants.

En observant attentivement, la surface scarifiée soit immédiatement après l'opération, soit pendant la réparation, on se rend aisément compte du procédé physiologique de la réparation. En effet, l'aiguille tranchante, convenablement menée, laisse intacts, au milieu du tissu pathologique, des sommets de papilles, ou des vallons interpapillaires, conservant des rudiments de la couche génératrice de l'épiderme, véritables greffes épidermiques autochtones qui, débarrassees du tissu de granulation exubérant qui les enserrait, évoluent régulièrement et produisent des restaurations véritablement extraordinaires pour celui qui n'aurait pas pénétré leur mécanisme. De là découle pour nous, dans l'application des scarifications linéaires, l'obligation de mener toujours l'aiguille perpendiculairement au tissu scarifié, et non obliquement, en fauchant ; la raison de ce précepte n'a pas besoin d'être plus longuement expliquée.

La scarification linéaire est une opération médiocrement douloureuse quand elle est bien exécutée, avec de bonnes aiguilles ; mais il y a de grandes variétés

dans la sensibilité des sujets ; les hommes se font remarquer par une pusillanimité très commune, les femmes et les jeunes enfants supportent moins mal l'opération, mais il faut, pour la première séance, anesthésier la région à l'aide de l'appareil de Richardson, ou des mélanges réfrigérants, ou bien faire une scarification courte et imparfaite; une fois l'accoutumance établie, on suppléera à l'imperfection de la première intervention.

L'anesthésie localisée, toujours assez difficile à la face, a pour inconvénient majeur d'altérer la consistance et l'aspect des parties malades au moment où il est le plus nécessaire de les voir dans leur état réel, et la douleur est en réalité si tolérable ordinairement que, comme l'a très bien dit Emile Vidal, on arrive bientôt à y renoncer d'un commun accord avec le malade. Quant à l'anesthésie généralisée, je n'ai jamais consenti à l'exécuter, et je ne la considère légitime que dans des conditions tout à fait exceptionnelles. Sur le tronc et sur les membres, l'anesthésie localisée reprend des droits beaucoup plus étendus, et plusieurs des inconvénients qui s'attachent à elle sur la face n'existent plus ailleurs.

La scarification linéaire donne lieu à un écoulement sanguin en nappe immédiatement assez abondant, mais qui cesse rapidement par la *compression avec l'éponge*, moyen auquel nous nous sommes définitivement arrêté.

Au moment de commencer la scarification, nous faisons mettre à notre portée un assez grand nombre de petits fragments d'éponge fine. Aussitôt une surface de quelques centimètres scarifiée, et avant qu'aucun écoulement de sang ait pu dépasser le petit morceau d'éponge que nous plaçons à côté de la plaque, l'opérateur ou un aide couvre la partie scarifiée avec un autre petit fragment d'éponge qu'il maintient ou que nous maintenons avec la main gauche, et ainsi de suite. De cette sorte, nos séances de scarification, même les plus étendues, se font sans que les parties voisines soient atteintes par le sang. Au bout de quelques instants de compression, tout écoulement a cessé, le fragment, ou les fragments, d'éponge peuvent être levés, et la surface scarifiée peut être examinée aisément à l'œil nu et à la loupe. Indépendamment de la netteté satisfaisante des scarifications ainsi pratiquées, nous y trouvons encore cet avantage, très appréciable chez des malades généralement anémiques, de réduire aux plus petites proportions les déperditions sanguines. Dans aucun cas, il n'est nécessaire d'avoir recours à un autre procédé d'hémostase.

Nous avons grand soin, après la scarification terminée, d'absterger soigneusement, avec de petites éponges humides, mais bien pressées, la surface scarifiée, de l'assécher même relativement quelquefois avec du papier de soie ; puis le pansement se fait extemporanément sur toutes les surfaces planes avec de l'emplâtre Vigo, agglutinatif et résolutif excellent, auquel aucun autre n'est supérieur. Les malades ainsi pansés vont au dehors, sans aucun inconvénient, et sans précaution à prendre autrement que contre l'air froid, dans la mauvaise saison. Sur les parties saillantes, ou chez des sujets particulièrement sensibles, nous faisons un pansement à volonté, soit avec l'ouate simple, soit avec un linge troué imbibé de liniment oléo-calcaire, soit avec un cataplasme de fécule.

Les soins consécutifs varient selon les cas, et les sujets; au bout de huit jours en général, la cicatrisation est complète, et une nouvelle séance peut être faite.

L'innocuité de la scarification linéaire est extrêmement remarquable (je ne sais si elle a été assez remarquée) ; je ne compte puis aujourd'hui le

nombre de mes scarifications, ni le nombre des séances opératoires qui doit dépasser un millier ; or, jamais je n'ai observé, bien que la presque totalité ait eu l'hôpital pour théâtre, la moindre complication de quelque importance; à peine un peu de dermite érythémateuse périphérique, *jamais d'érysipèle*, bien que je n'aie jamais recours aux « antiseptiques », et qu'il y ait eu quelquefois des cas d'érysipèle dans les lits voisins.

### 3° *Durée du traitement par les scarifications linéaires.*

Combien faut-il de séances de scarification pour la guérison d'une plaque de lupus? Cela dépend de l'étendue de cette plaque, de la tolérance de l'opéré, et de la manière dont l'opération est exécutée.

Plus la scarification aura été soigneusement faite, minutieusement pratiquée, plus le tissu morbide aura été dilacéré dans tous les points, plus le résultat sera rapide, et moins seront multipliées les séances nécessaires.

En toute circonstance, ce dont le praticien doit être bien informé, et ce dont le malade doit être bien averti, c'est que, si le lupus est ancien, ou étendu, non seulement il faudra toute une série de séances pour obtenir une belle cicatrice décolorée, lisse, souple, et égale de teinte, mais encore qu'il faudra, *dans les années suivantes*, des séances de perfectionnement pour reprendre avec l'aiguille la destruction des foyers scrofulotuberculeux qui émergent, ou qui se reproduisent souvent avec une grande ténacité. Le malade doit rester longtemps en surveillance et nous acceptons, comme moyenne, le délai de trois mois après lequel Vidal convoque ses opérés pour les soumettre à une vérification régulièrement renouvelée.

### 4° *Indications du traitement par les scarifications linéaires.*

Un dernier point. Quelle sont les indications précises des scarifications linéaires dans le traitement du lupus? Quelles sont les formes auxquelles elles conviennent?

Au premier rang, avant tout doit être attaqué, sans délai par les scarifications linéaires méthodiques et sévèrement exécutées le lupus galopant de la face, le lupus ulcéreux, le lupus vorax congestif et hypertrophique. Ici le succès est rapide, certain, merveilleux, et je me fais un devoir de dire hautement que cette indication a été posée par mon cher collègue et ami Emile Vidal. Lorsque sur son avis, j'ai traité par les scarifications le premier cas de ce genre, ma foi était très chancelante, ce qui n'a pas empêché, le résultat d'être très beau; j'en reporte à mon savant collègue, tout l'honneur, ainsi que celui des restaurations de la face, inespérées, et déjà nombreuses, que j'ai eu le bonheur de réaliser depuis (1).

(1) Je citerai parmi les plus remarquables des réparations de la face que j'ai obtenues par le procédé des scarifications linéaires un cas de restauration du nez pour un lupus rongeant localisé aux narines, et pour un lupus galopant de la face occupant le nez et les narines, la lèvre supérieure, les commissures buccales, la face buccale de la lèvre supérieure, et une grande partie du visage. Les lésions ont été moulées sur nature par Baretta avant les scarifications, et la face a, de nouveau, été moulée sur nature après la fin du traitement. La première de ces pièces porte les numéros 577 et 595 et la seconde les numéros 576 et 645.

Il est une forme plus rare de lupus qui ronge en profondeur plus qu'en surface, dont la marche, rapide aussi, n'est pas la même que celle de la forme précédente ; nous l'avons observée à la paupière, à l'aile du nez, aux commissures de la bouche, à la paroi de la cavité buccale; plusieurs de ces cas malheureux nous ont laissé de pénibles souvenirs.

La scarification linéaire aurait-elle été et serait-elle plus heureuse ! nous ne le pensons pas. Nous reconnaissons d'ailleurs, qu'une nouvelle étude des faits auxquels nous venons de faire allusion est nécessaire, et qu'il reste dans notre esprit quelque doute sur la légitimité de leur annexion au lupus.

Le lupus de Willan est le terrain commun, le pain quotidien de la scarification linéaire, c'est lui qui fournit, en réalité, les plus fréquentes occasions d'appliquer la méthode de Balmanno Squire.

Et le lupus érythémateux? c'est là vraiment l'échec, l'écueil de la méthode nouvelle qui y compte autant d'insuccès que de succès; mais l'exposé de ce qui a trait à ce sujet important réclamerait trop de développements pour être ici annexé; ce sera l'objet d'une autre revue dans laquelle nous reprendrons en outre, la question trop vite oubliée de l'opération de Volkmann.

J'ai voulu surtout, dans les lignes qui précèdent, donner une esquisse de la méthode des scarifications linéaires appliquée au lupus, telle qu'elle me paraît être en réalité à l'heure actuelle, ou au moins telle que je la conçois, et que je l'exécute. En arrêtant cet exposé à la limite imposée à un article de nos Annales, je me fais un devoir de rappeler encore que ce progrès considérable dans le traitement du lupus est dû à Balmanno Squire qui a, par là, inscrit son nom dans l'histoire de la thérapeutique dermatologique, et à mon savant ami et collègue Emile Vidal qui en a perfectionné le procédé et qui en a étendu les indications de la manière la plus heureuse et la plus brillante.

---

II

# DES RAPPORTS ENTRE LA SCROFULE ET LA TUBERCULOSE

Revue critique par **P. MERKLEN**, interne des hôpitaux.

(Suite.) (1.)

## IV

On ne peut méconnaître que les travaux de Friedländer, de Köster, de Brissaud ont porté une sérieuse atteinte à la doctrine de la dualité anatomique de la scrofule et de la tuberculose. La théorie des éléments spécifiques a fait son temps en anatomie pathologique, et nous avons vu que la cellule géante de Schüppel, pas plus que le corpuscule tuberculeux de Lebert ne peut servir à caractériser une lésion, cette cellule géante se trouvant dans des conditions diverses et ne représentant en définitif, comme l'a fait voir Charcot, qu'un état transitoire, une phase de la caséification. Il n'en est pas de même du follicule tuberculeux de Charcot, du tubercule élémentaire de Köster et Friedländer. Si l'on tient compte de ce fait que le follicule tuberculeux répond à une des conditions qui entrent en ligne de compte pour la détermination de toute lésion, à savoir l'arrangement réciproque des éléments anatomiques qui la constituent, que, d'autre part, cette disposition n'appartient qu'à deux maladies (2), la scrofule et la tuberculose, on est tout naturellement amené à établir entre elles un rapprochement parfaitement justifié au point de vue anatomo-pathologique.

C'est en partant de cette constatation histologique et en se fondant également sur les analogies cliniques des deux maladies que Friedländer a cru pouvoir proposer une nouvelle solution du problème des relations entre la scrofule et la tuberculose, en distrayant de la première, sous le nom de *tuberculoses locales,* toute une série de manifestations jusqu'alors rangées sous la dénomination de : *scrofule fixe primitive.* Le

(1) Voir le n° 3 des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie.* Juillet 1880, page 517.

(2) Il résulterait d'une communication orale faite par MM. Brissaud et Sabourin à M. Grancher que le follicule tuberculeux se retrouve également dans le syphilome. Ces faits étant encore inédits, nous ne nous en occuperons pas quant à présent.

lupus, les gommes scrofuleuses, les fongosités articulaires, les adénopathies scrofuleuses seraient ainsi des tuberculoses locales parce que le follicule tuberculeux est leur caractéristique histologique la plus nette.

Quant à ce titre de tuberculoses locales, il répond à la fois à la nature de la lésion et à cette particularité que ces accidents, contrairement à la tuberculose vulgaire, n'ont aucune tendance à la généralisation et respectent en général les voies respiratoires. « La clinique et l'histologie ont démontré l'existence d'affections tuberculeuses isolées, naissant, se développant et vivant pour leur propre compte dans les divers organes ou appareils sans manifester la moindre tendance à la généralisation, sans même retentir sur les voies respiratoires. Dans le principe, l'étude des tuberculoses locales ne tendait par conséquent qu'à réagir contre la célèbre loi de Louis : « Après quinze ans, il ne peut y avoir de tubercules dans un organe, s'il n'y en a pas dans le poumon (1). »

Cette définition est empruntée à un remarquable mémoire de Brissaud qui défend, avec une grande vigueur d'argumentation et en se basant sur de nouveaux faits, la doctrine anatomo-pathologique des tuberculoses locales. Pour Brissaud, la nature tuberculeuse des diverses lésions scrofuleuses que nous avons en vue ne fait aucun doute, et cela est vrai surtout pour le lupus, que Bazin le premier, en se basant autant sur la marche que sur la forme primitive élémentaire de la lésion, avait considéré comme étant une affection tuberculeuse.

Voilà donc un fait acquis : certains accidents de la scrofule sont caractérisés anatomiquement par la présence du follicule tuberculeux. Cela suffit-il pour autoriser les conclusions des partisans des tuberculoses locales ? La marche des lésions, les transformations diverses qu'elles subissent, en un mot, l'évolution du processus justifie-t-elle cette assimilation complète entre la scrofule et la tuberculose ?

Il faut bien le reconnaître, en comparant ce qui se passe dans l'une et l'autre maladie, on saisit de nouvelles analogies déjà appréciables à l'œil nu et tout aussi frappantes que celles révélées par l'examen histologique. Nous n'avons pas besoin de rappeler la double tendance à la transformation fibreuse qui caractérise les lésions tuberculeuses ; cette tendance déjà mise en relief par Bayle et Laënnec est bien exprimée par cette définition de Grancher : « Le tubercule est une *néoplasie fibro-caséeuse* nodulaire et caractéristique d'une maladie diathésique, la tuberculose (2). » Suivant l'activité plus ou moins grande du processus, suivant la forme rapide ou lente de la maladie, c'est l'une ou l'autre de

(1) Brissaud. Étude sur les tuberculoses locales. (*Arch. gén. de méd.* août et septembre 1880.)

(2) Grancher. (*Arch. de physiol.* 1878.)

ces tendances qui prédomine et l'on voit dans un cas le parenchyme pulmonaire rapidement détruit par la fonte caséeuse, dans l'autre, au contraire, le foyer caséeux rapidement limité et enrayé par une véritable barrière fibreuse qui s'élève autour de lui et qui, dans les cas heureux, aboutit à l'enkystement du foyer et finalement à une véritable guérison. C'est pour ce motif que Cruveilhier considérait la pneumonie chronique de la tuberculose comme un processus de guérison, bien qu'elle puisse quelquefois par son extension exagérée, devenir pour l'hématose un obstacle aussi grand que l'infiltration tuberculeuse, et l'on sait que cet anatomo-pathologiste avait donné aux granulations fibreuses le nom de granulations de guérison.

Une marche bien analogue à celle de la tuberculose pulmonaire, se retrouve dans les lésions scrofuleuses. Ici encore l'on observe d'une part la caséification, et c'est là comme nous l'avons rappelé plus haut, une des analogies les plus frappantes, mais aussi les moins caractéristiques entre les deux maladies ; d'autre part, la transformation fibreuse. L'exemple le plus simple qui se présente tout naturellement est celui des tumeurs blanches, des fongosités articulaires où Köster a décrit le tubercule élémentaire type. Tant que dure la période active de la maladie, le tissu fongueux qui se forme avec exubérance subit la fonte caséeuse et cette dégénération se manifeste cliniquement par les caractères du pus qui est chargé de grumeaux caséeux. Quand les lésions cessent d'évoluer et tendent à la guérison, ce même tissu fongueux s'organise, se transforme en tissu fibreux et l'arthrite guérit par ankylose.

Les autres accidents scrofuleux présentent une marche semblable. Le lupus, qui, pour Friedländer, est une tuberculose du derme, détruit les régions qu'il envahit par ce même processus de dégénérescence caséeuse et quelquefois même sa marche est rapide comme celle de la phtisie galopante (1). Puis quand la maladie cesse d'évoluer spontanément ou sous l'influence des moyens thérapeutiques, la guérison se fait par une cicatrice fibreuse toute spéciale qui ne permet pas de méconnaître la nature de la lésion initiale.

Les cicatrices mêmes des scrofuleux peuvent être comparées jusqu'à un certain point à cette sclérose pulmonaire qui est inséparable de la phtisie chronique. Que ces cicatrices soient consécutives à une gomme cutanée ou à une adénite scrofuleuse, leurs caractères sont toujours les mêmes et on les reconnaît à leurs brides, aux saillies irrégulières et difformes qu'on a tant de peine à réprimer, et cet état particulier ne

(1) On peut voir au musée de l'hôpital Saint-Louis un bel exemple de lupus à forme galopante ; le moule a été pris sur une malade du service de M. le Dr Ernest Besnier.

révèle autre chose qu'une sclérose, une inflammation chronique et fibreuse du derme.

Il y a plus encore. Thaon insiste sur ce fait que les coques fibreuses qui, dans la tuberculose chronique du poumon, enkystent les foyers caséeux, peuvent à leur tour être envahies consécutivement par des foyers de caséification qui échancrent et dévorent la nouvelle barrière.

Cette dégénérescence secondaire des foyers de sclérose pulmonaire n'a-t-elle pas son analogue dans les lésions secondaires des cicatrices que l'on observe chez les scrofuleux ? Celles-ci deviennent fréquemment en effet le siège d'ulcérations probablement dues à une sorte de transformation caséeuse du tissu fibreux et des fongosités se développent à ce niveau, ne différant en rien de celles qui avaient caractérisé la lésion primitive. La pathologie des cicatrices, l'examen histologique de leurs altérations ne sont certainement pas à négliger dans cette étude comparative des lésions scrofuleuses et tuberculeuses.

## V

La doctrine des tuberculoses locales repose donc sur un certain nombre de faits dont l'exactitude ne peut être contestée. Mais à côté des arguments qui plaident en faveur de l'unité anatomique de la scrofule et de la tuberculose, il est nécessaire de relever les objections qui ont été opposées récemment à la théorie nouvelle par des anatomo-pathologistes qui font autorité.

Nous n'insisterons pas sur certaines différences de détail que Volkmann en Allemagne, a voulu établir entre le tubercule du lupus ou de la scrofule et le tubercule vrai. Pour cet histologiste, le tubercule du lupus serait plus riche en cellules géantes et présenterait moins de tendance à la régression. Le fait n'a pas été confirmé et du reste, les différences que l'on peut observer à ce point de vue tiennent bien plus à l'âge qu'à la nature de la lésion : les cellules géantes sont d'autant plus nombreuses et plus facilement appréciables que le tubercule est plus jeune.

La question a été abordée à un point de vue plus élevé par Grancher, dans ses récentes études sur la scrofule ; un mémoire antérieur de Cornil (1) sur les caractères distinctifs des ganglions scrofuleux et tuberculeux peut être considéré comme la première tentative faite en France pour combattre la doctrine des tuberculoses locales.

Disons tout d'abord que pour Cornil, la cellule géante n'a pas la signi-

1) Cornil. Des altérations anatomiques des ganglions lymphatiques dans la syphilis, la scrofule, la tuberculose, la dégénérescence amyloïde et les tumeurs. (*Journal de l'anatomie et de la physiologie*, Paris, 1877.)

fication qu'on lui a attribuée dans ces derniers temps; la masse protoplasmique qui la constitue ne serait qu'un coagulum fibrineux dans un vaisseau et la couronne de noyaux qui s'observe à son pourtour serait due à des leucocytes et à des cellules endothéliales de la paroi vasculaire englobés par le petit caillot fibrineux. La cellule géante serait ainsi l'indice de l'arrêt de la circulation dans un vaisseau et l'on sait quelle importance Cornil attache à ce fait et aux altérations des vaisseaux en général qu'il considère comme la cause principale de la dégénérescence caséeuse. Cette formation de cellules géantes dans l'intérieur des vaisseaux est incontestable; mais il paraît démontré aujourd'hui qu'elles se forment également en dehors d'eux par un mécanisme que nous avons déjà signalé. Ce n'est pas le lieu d'insister ici sur ce point; mais la description des lésions scrofuleuses et tuberculeuses d'après Cornil, ne serait que difficilement comprise si l'on ne connaissait son opinion sur le mode de formation des cellules géantes.

Des différences fondamentales entre les ganglions scrofuleux et tuberculeux existent, d'après cet auteur, à la période de début et à la période d'état des lésions. Dans le ganglion tuberculeux, on observe au début une inflammation très évidente des voies lymphatiques et des tissus périfolliculaires, inflammation caractérisée par l'accumulation de nombreuses cellules d'un volume assez considérable dans leur intérieur; dans le ganglion scrofuleux au contraire, c'est la charpente du ganglion qui est primitivement intéressée; il y a formation nouvelle de tissu conjonctif, adénite interstitielle.

A la période d'état, il existe dans le ganglion tuberculeux des granulations tuberculeuses caractéristiques déjà caséeuses au centre et dès le début les vaisseaux sanguins sont oblitérés. Les îlots strumeux du ganglion scrofuleux à sa période d'état, au lieu d'être constitués par des cellules atrophiées et très serrées résistant à l'action du pinceau, ce qui est la caractéristique du tubercule, sont dus à l'isolement par le tissu conjonctif de nouvelle formation de petits îlots de tissu réticulé dont les mailles agrandies renferment de grandes cellules lymphatiques à noyau ovoïde ou protoplasme granuleux. A un moment donné ces cellules s'atrophient et la dégénérescence caséeuse envahit les îlots strumeux; mais cette dégénérescence se fait en masse et est lente à se produire tandis qu'elle est primitive et rapide dans les tubercules où elle commence au centre. Enfin les cellules géantes, c'est-à-dire les oblitérations vasculaires, existent dans les deux cas; mais elles sont précoces dans la tuberculose, tardives dans la scrofule.

En définitif, la sclérose et la caséification sont pour Cornil les derniers termes de l'évolution de la scrofule et de la tuberculose; mais la sclérose est plus marquée dans la scrofule, la caséification plus précoce

dans la tuberculose. Les différences résideraient donc surtout dans le début et la marche des deux lésions.

Ces caractères distinctifs ne sont pas admis par Grancher, en tant que concluants et suffisants pour différencier la scrofule et la tuberculose. Envisageant la question des rapports de ces deux maladies à un point de vue général, il cherche un critérium dans la présence ou l'absence de la granulation tuberculeuse adulte, du nodule fibro-caséeux.

Le follicule tuberculeux ou tubercule élémentaire n'a de valeur au point de vue de la tuberculose que lorsqu'il se montre dans un tissu accompagné de tubercules adultes.

« Lorsqu'un individu est atteint d'une tumeur blanche et que les bourgeons fongueux qui la constituent apparaissent au microscope presque uniquement formés de follicules tuberculeux ou tubercules embryonnaires sans aucune granulation tuberculeuse ; lorsqu'il existe chez ce malade depuis de longs mois des myriades de follicules tuberculeux qui ne se sont jamais élevés jusqu'à la granulation ; lorsque d'autre part l'individu est manifestement scrofuleux dans le sens clinique du mot, faut-il dire qu'il est atteint d'une tuberculose locale parce que le follicule tuberculeux se rencontre dans ses bourgeons articulaires? »

Avec tous les médecins, Grancher admet que le scrofuleux tend à devenir tuberculeux par lui-même ou par ses descendants. Le tissu de granulation de Virchow au milieu duquel se trouvent les cellules géantes de Schüppel et le tubercule élémentaire de Köster et de Friedländer représentent en quelque sorte la phase embryonnaire du tubercule ; mais si le tubercule adulte, la granulation fibro-caséeuse ne se forme pas, on n'est nullement en droit de considérer ce tissu comme étant de nature tuberculeuse et Grancher propose de lui donner le nom de *scrofulome*. Le scrofulome est au tubercule ce que la scrofule est à la tuberculose, c'est-à-dire un premier âge, une phase initiale qui peut en rester là et rester scrofulome, ou bien évoluer, arriver à l'âge adulte et devenir tubercule.

« Le tissu de granulation ou scrofulome est donc le générateur du tubercule comme la scrofule de la tuberculose. Il y a équivalence des termes en histologie et en clinique. »

Cette définition si claire et si précise répond, en effet, aux notions que nous possédons sur l'étiologie et la marche des deux maladies et sur les faits anatomo-pathologiques. Quant à présent elle est la formule la plus exacte de nos connaissances sur la question.

Qu'il y ait des tuberculoses locales vraies, personne, ce nous semble, ne saurait y contredire. La loi de Louis n'est plus admise avec toute sa rigueur ; et les faits invoqués par Brissaud, ces tumeurs blanches où

(1) Grancher. — Scrofule. (*Dict. encyclop.* p. 304.)

des granulations semi-transparentes ont été constatées dans l'articulation malade à côté du tissu fongueux constitué par des follicules entassés ne nous paraissent pas venir à l'encontre des idées émises par Grancher. Ce sont là des cas mixtes qui ne peuvent entrer en ligne de compte et qui ne font, du reste, que confirmer la filiation admise par cet anatomo-pathologiste. Toute la question se borne à ceci : Les scrofulides telles que le lupus tuberculeux de Bazin, les gommes scrofuleuses de la peau, etc., dans lesquelles on constate l'existence du follicule tuberculeux doivent-elles être rattachées à la tuberculose? Si certains de leurs caractères autorisent ce rapprochement il n'en est pas moins vrai que l'absence de granulation adulte ne doit pas être perdue de vue, au point de vue de leur détermination. Il existe entre les deux sortes de lésions comme entre les deux maladies une proche parenté, mais non une identité complète. La clinique et l'histologie sont donc d'accord sur ce point.

## VI

Si l'on pouvait observer dans un même organe les lésions scrofuleuses et tuberculeuses telles qu'on les admet cliniquement et les soumettre à un examen histologique comparatif, cette comparaison serait certainement très propre à mettre en lumière leurs analogies et leurs différences; les discussions sur l'unité ou la dualité des deux maladies aboutiraient ainsi à une conclusion positive et certaine. Malheureusement la scrofule et la tuberculose paraissent s'exclure l'une l'autre en tant que localisations ; chacune de ces maladies a son domaine bien connu et n'empiète que peu sur celui de l'autre.

La tuberculose occupe plus particulièrement les viscères, la scrofule les organes périphériques. Il y a là une certaine opposition qui, pour ceux qui voient dans la scrofule et la tuberculose une seule et même diathèse, tiendrait plus à l'âge de la maladie qu'à une différence de nature. L'on pourrait, à ce point de vue, accepter la division de Bazin qui considérait certaines tuberculoses viscérales comme les accidents quaternaires de la scrofule.

La clinique est peu favorable à cette manière de voir. Si tant est que la tuberculose est une phase plus avancée de la scrofule, il n'en reste pas moins avéré que la filiation est souvent difficile à suivre et à trouver. Tel malade peut être atteint d'emblée de tuberculose pulmonaire sans que lui ou ses ascendants aient présenté aucune manifestation de scrofule. Le problème de l'étiologie de la tuberculose est, du reste, complexe et ce n'est pas le lieu d'y insister. Qu'il nous suffise de rappeler

qu'envisagée au point de vue des causes, la phtisie n'est pas une, qu'il existe une phtisie arthritique, une phtisie scrofuleuse, pour ne citer que les plus communes et les mieux établies.

Or, cette phtisie scrofuleuse, ou, pour éviter toute équivoque, cette phtisie chez un scrofuleux peut-elle être distinguée anatomiquement de la tuberculose pulmonaire primitive survenue chez un sujet n'ayant aucun antécédent scrofuleux. Nous avons déjà signalé dans la première partie de ce travail les opinions contradictoires émises sur ce point et les conclusions irréfutables de Grancher et de Thaon, conclusions favorables à l'unité de la tuberculose. Aujourd'hui, il ne s'agit plus de pneumonie caséeuse et de tuberculose pulmonaire. La question est autrement posée et la discussion porte sur les tuberculoses locales qui existeraient dans le poumon comme dans les autres organes, avec ce caractère d'être susceptibles et généralement suivies de guérison, et de n'avoir aucune tendance à la généralisation.

Les tuberculoses locales du poumon sont-elles l'équivalent de la phtisie scrofuleuse? Jusqu'à présent la question a été à peine effleurée. Le seul fait que donne Brissaud (1) dans son mémoire est celui d'une femme morte de pneumonie massive et à l'autopsie de laquelle on constata dans le parenchyme pulmonaire « deux foyers parfaitement isolés, tout à fait identiques à ceux qu'on rencontre au sein des masses caséifiées de la scrofule ganglionnaire. » Ce qui donnait à cette lésion son véritable intérêt c'était l'existence dans les travées fibreuses qui rayonnaient autour des deux foyers, de granulations tuberculeuses, les unes demi-transparentes, les autres déjà un peu troubles au centre, c'est-à-dire de *véritables tubercules adultes*, dans le sens où l'entend Grancher.

Il s'agissait dans ce cas bien évidemment de tuberculose locale, dans le sens strict du mot, puisque la lésion était nettement limitée dans ce point et probablement stationnaire depuis des années. Mais certaines réserves nous paraissent devoir être faites quant à l'interprétation qu'en donne Brissaud. La structure de ces foyers de tuberculose n'était pas absolument comparable à celle que l'on trouve dans les tuberculoses locales de la peau, des ganglions ; il est vrai que, sur ce point, l'auteur n'admet pas la distinction de Grancher qui sépare le scrofulome du tubercule. En second lieu, pourquoi considérer ces lésions comme appartenant à la scrofule pulmonaire?

« Les agglomérations caséeuses, dit Brissaud, aussi bien dans le poumon que dans les ganglions lymphatiques, sont partout où on les observe, caractéristiques de la scrofule, et il faut absolument ranger les

(1) Brissaud. *Tuberculoses locales*, 2e partie, page 272.

*tubercules de guérison* parmi les différentes formes d'altérations morbides que Bazin taxait de *scrofule pulmonaire.* » La malade dont il s'agit ne présentait aucun antécédent scrofuleux, et certainement parmi les nombreux sujets à l'autopsie desquels on constate dans les poumons ou dans d'autres viscères des tubercules de guérison, il en est beaucoup chez lesquels la recherche des antécédents est tout aussi négative.

Dès lors les tuberculoses locales ne devraient plus être considérées comme des accidents tardifs de la scrofule, et elles pourraient en être la manifestation initiale. D'autre part, n'a-t-on pas le droit de tirer cette conclusion des idées émises par Brissaud, que les tuberculeux qui guérissent sont des scrofuleux, et que la phtisie scrofuleuse est curable, au moins dans un grand nombre de cas? Il nous semble bien difficile de se prononcer à cet égard dans l'état actuel de nos connaissances.

Il y a certainement dans cette question un côté nouveau qu'il serait intéressant d'approfondir. La clinique en ferait son profit. L'anatomie pathologique est aujourd'hui, comme le dit Grancher, la base de nos connaissances médicales; mais elle est d'autant plus féconde en résultats, qu'elle est guidée par la clinique. Or, il serait nécessaire de rechercher et d'étudier histologiquement les lésions pulmonaires des scrofuleux avérés. S'agit-il de tuberculoses locales vraies, ne se distinguant que par leur limitation et leur curabilité de la tuberculose vulgaire, au contraire, ces lésions manquent-elles du critérium anatomique de la tuberculose, la granulation et y retrouve-t-on le scrofulome de Grancher ou tissu de granulation, de Virchow? Si, partant de l'étiologie, c'est-à-dire des antécédents scrofuleux manifestes des malades, l'on arrivait à saisir dans les altérations pulmonaires des scrofuleux et des tuberculeux, non un caractère distinctif tranché, mais cette simple différence d'âge qui sépare la scrofule de la tuberculose, on aurait une base solide pour tenter l'histoire clinique de la phtisie scrofuleuse.

## VII

Parmi les localisations diverses de la scrofule et de la tuberculose, il en est une qui, contrairement à la règle générale, leur est nettement commune. Nous voulons parler du pharynx dans lequel on observe et le lupus, manifestation scrofuleuse par excellence et la tuberculose. Il n'est pas besoin de rappeler les caractères cliniques qui font de l'une et de l'autre deux affections absolument distinctes; ces deux caractères ont été récemment exposés par Barth (1) dans sa remarquable thèse

(1) Barth. De la tuberculose du pharynx et de l'angine tuberculeuse. (*Thèse de doctorat*, 1880.)

sur la tuberculose du pharynx. L'angine scrofuleuse ou lupus de la gorge est une affection *indolore*, lente dans son évolution, souvent ignorée par le malade tant son développement est insidieux; les parties du pharynx envahies sont à la fois le siège d'ulcérations et de *végétations fongueuses;* enfin la lésion est curable et guérit au bout d'un temps plus ou moins long par cicatrice fibreuse. L'angine tuberculeuse, au contraire, et la tuberculose du pharynx est une affection essentiellement *douloureuse*, destructive et non *végétante,* incurable, dans ses deux formes aiguë et chronique. Enfin, et c'est là un fait capital, l'angine scrofuleuse est une affection locale, une tuberculose locale pour parler le langage moderne, l'angine tuberculeuse est une affection secondaire survenant dans le cours d'une tuberculisation pulmonaire, souvent même dans le cours d'une tuberculose miliaire aiguë généralisée.

Cette opposition clinique se retrouve-t-elle dans l'anatomie pathologique des deux maladies? Le lupus de la gorge ne diffère pas sans doute histologiquement du lupus des autres régions et les descriptions de Friedlander paraissent se rapporter aux localisations diverses de cette lésion. On peut admettre par conséquent que, dans ce cas, la muqueuse du pharynx est infiltrée par un tissu de granulation riche en follicules tuberculeux; en un mot, c'est du scrofulome.

Les lésions microscopiques de l'angine tuberculeuse ont été analysées avec grand soin par Barth; or, dans tous les cas qu'il a examinés, la granulation tuberculeuse était nettement appréciable à ses divers degrés de développement, depuis la période embryonnaire jusqu'à la période adulte et même jusqu'à la transformation fibreuse complète.

Ce tableau comparatif du lupus et de la tuberculose du pharynx prouve bien qu'il existe cliniquement et histologiquement des différences importantes entre les manifestations scrofuleuses et tuberculeuses. A vrai dire, la différence histologique ne réside que dans un degré plus ou moins avancé du développement du tissu morbide; c'est peu si l'on veut, mais c'est quelque chose et, jusqu'à plus ample informé, cette distinction anatomo-pathologique nous paraît bonne à conserver en regard des caractères distinctifs qui sont donnés par la clinique.

La question des rapports de la scrofule et de la tuberculose est entrée dans une phase nouvelle et les recherches histologiques guidées par les premiers travaux que nous avons analysés ne manqueront pas de compléter l'histoire anatomo-pathologique de la scrofule. Plusieurs faits sont acquis dès à présent. Les lésions scrofuleuses et tuberculeuses ont une évolution semblable; elles aboutissent nécessairement à la

caséification et à la sclérose. Elles sont caractérisées au point de vue histologique par la présence du follicule tuberculeux qui représente la phase embryonnaire de la tuberculose. La granulation tuberculeuse adulte n'appartient qu'à la tuberculose vraie, et dès lors, on peut conclure avec Grancher, que la scrofule doit être considérée anatomiquement et cliniquement comme le premier âge de la tuberculose.

---

III

# REVUE GÉNÉRALE DE L'ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DE LA PEAU.

**Par ERNEST CHAMBARD,**

Ancien interne des hôpitaux, directeur du laboratoire de la faculté à l'asile Sainte-Anne.

## DEUXIÈME PARTIE : ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

(Troisième article) (1).

*Robinson*, De la nature et de l'histologie pathologique du psoriasis (*New-York med. Journal*, 1878. — *Jamieson*, The histology of psoriasis (*Edimburgh med. Journ.*, janvier 1879. — *Debove*, Le psoriasis buccal (*Thèse inaug.*, 1873. — *Ranvier*, Sur une nouvelle substance de l'épiderme et sur le processus de kératinisation du revêtement épidermique. — *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, séance du 30 juin 1879. — Cours d'anatomie générale au Collège de France, 1879. Leçon inédites. — *Bazin*, Leçons sur affections cutanées de nature arthritique et dartreuse (1868, et autres ouvrages du même auteur). — *Houel*. Description d'un fœtus avec excès de peau et d'un fœtus affecté d'ichthyose congénitale (*Mémoire de la Société de biologie*, 1852. — *Houel*, Fœtus atteint d'ichthyose congénitale (*Mémoire de la Société anatomique*, 1879). — *Chambard*, Plaques cornées congénitales de la peau. Note additionnelle à la présentation de M. Houel. (*Mémoire de la Société d'Anatomie*, 1879). — *Malassez*, Rapport sur la candidature de M. Chambard au titre de membre adjoint de la Société anatomique, 1879. — *Pelletier*, Considérations historiques et histologiques sur l'ichthyose en général et en particulier sur quelques cas tératologiques, *Thèse inaug.*, 1879. — *Leloir*, Altérations des nerfs dans un cas d'ichthyose cornée congénitale (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1879, nº 26). — *Leloir*, Sur les altérations de l'épiderme dans les affections de la peau et des muqueuses qui tendent à la formation de vésicules, de pustules ou de production pseudo-membraneuse (*Mémoires de la Société de biologie*, 1879, *et Gazette médicale de Paris*, 1879, nº 50). — *Chambard*, Contribution à l'étude des lésions du foie consécutives à la ligature du canal cholédoque. Lésions des cellules hépatiques (*Archives de physiologie*, 1877). — *Vidal*, Parasites végétaux dans certains pityriasis. *Communication à la*

(1) *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 2e série, t. I, nº 2, p. 249 et 3, p. 529. 1880.

*Société de biologie.* Séance du 4 janvier 1879. — *Gazette médicale de Paris*, n° 4. — *Hillairet, Cornil, Malassez,* Discussion à propos de la communication précédente. (*Ibidem.*) *Malassez,* Note sur le champignon de la pelade (*Archives de physiologie,* 1874). — *Malassez,* Note sur le champignon du pityriasis simple (*Archives de physiologie,* 1874). — *Ovion,* Contribution à l'étude des polyadénomes sudoripares (*Revue mensuelle,* 1879). — *Verneuil,* Observations pour servir à l'histoire des tumeurs de la peau (*Archives générales de médecine,* mai 1854 ; 2e article, octobre 1854 ; 3e article, décembre 1854). — *Broca,* Traité des tumeurs, t. II. — *Henoque et Souchon, Gazette hebdomadaire,* 1866. — *Chistol, Gazette hebdomadaire,* 1866. — *Cornil et Ranvier,* Manuel d'histologie pathologique : art. adénome et passim : adénomes glandulaires. — *Malassez.* Examen histologique d'un cas de cancer encéphaloïde du poumon (*Archives de physiologie,* 1866). — *Cornil,* Note sur l'anatomie pathologique de l'acné (*Journal de l'anatomie et de la physiologie,* 1879). — *Cornil,* Leçons sur la syphilis faites à l'hôpital de Lourcine, 1879.

Si, pour l'intelligence de la première partie de notre travail, nous avons dû, tout en laissant dans l'ombre les faits trop généralement connus, présenter au lecteur un résumé succinct, mais complet de l'anatomie générale de la peau, nous ne saurions suivre, dans la seconde, le même mode d'exposition.

Quelle que soit, en effet, l'infériorité relative de l'histologie pathologique au point de vue de la précision des descriptions et de la délicatesse des méthodes, son champ est encore tellement vaste, même en dermatologie, que nous ne pourrions le parcourir en entier sans dépasser de beaucoup les limites qui nous sont assignées ; aussi nous bornerons-nous, revenant au plan primitif de notre travail, à signaler, analyser et, au besoin à discuter les recherches d'anatomie dermo-pathologique parues pendant l'année qui vient de s'écouler.

### A. *Affections du système épidermique.*

1° *Psoriasis.* — Le *New-York med. Journal* renferme une communication de M. *Robinson* sur l'histologie pathologique du psoriasis ; pour ce dermatologiste la lésion fondamentale de cette affection consiste en une prolifération des cellules du corps muqueux de Malpighi amenant une hypertrophie des culs-de-sacs épithéliaux interpapillaires et un épaississement notable de la gaine externe des racines des poils. Ces altérations sont suivies d'une irritation secondaire du derme sous-jacent dont les vaisseaux sont fortement congestionnés, au niveau la papille surtout, sont entourés d'une gaine de leucocytes qui s'en échappe par diapédèse, et dans les périodes les plus avancées d'une infiltration œ-

démateuse déterminant dans le derme ce que l'auteur appelle « des plaques de tissu cutané raréfié. »

Dans un travail plus récent sur le même sujet, *Jamieson*, après avoir rappelé les recherches de *Hebra*, *Simon*, *Rindfleisch*, *Wertheim*, *neumann*, confirme les résultats acquis par *Robinson* en insistant particulièrement sur la nature exclusivement secondaire des altérations dermiques qui font, en effet, défaut dans les papules psoriasiques prises à leur période initiale. Il signale également, après *Bulkey* les relations pathologique et histologique qui unissent le Psoriasis à l'Epithelioma. relations bien connues d'ailleurs en France depuis le travail de *Debove* sur le psoriasis buccal.

Les faits d'anatomie et de physiologie normales de l'épiderme que nous avons signalés dans la première partie de cette revue, permettent d'envisager aujourd'hui le psoriasis et les affections squammeuses en général, comme la conséquence d'une exagération de la fonction kératogénique du stratum malpighien. Si nous considérons celui-ci comme une glande étalée en surface, comme une glande en nappe, les dépôts cornés que l'on rencontre à la surface de l'épiderme sont de véritables produits d'une sécrétion catarrhale et cette conception qui repose maintenant sur des faits anatomiques indiscutables, a le mérite d'expliquer dans une certaine mesure l'alternance des manifestations cutanées et glandulaires de certaines maladies constitutionnelles, de l'arthritis, par exemple, pour citer l'une de celles dont *Bazin* nous a montré le plus clairement la réalité et la spécificité.

2° *Ichthyose congénitale. — Plaques cornées congénitales de la peau.* — En 1852, M. *Houel* présentait à la société de Biologie un fœtus monstrueux qu'il tenait de *Baudelocque* et que l'on peut voir encore aujourd'hui au musée Dupuytren. Cette présentation était accompagnée d'une note histologique de M. *Robin* et fut suivie d'une communication de M. *Charcot* sur les faits de ce genre observés chez l'homme et chez les animaux.

En 1878, M. *Houel* apportait à la Société anatomique un second fœtus né à terme et absolument semblable au premier, qui venait de lui être remis par une sage-femme, madame *Plattier*.

L'histoire de ce fœtus qui ne vécut que quelques heures, est intéressante au point de vue de la transmission héréditaire des anomalies de conformation physique : son père et sa mère étaient cousins germains, enfants des deux frères et comptaient dans leur famille un oncle affecté de pied bot et deux fils atteints de la même infirmité. Ils avaient eu un autre enfant qui n'avait vécu que 10 heures et qui présentait absolument le même aspect que celui dont M. *Houel* fait l'objet de sa présentation.

Celui-ci, outre certaines monstruosités sur lesquelles nous ne pouvons insister ici quelqu'en soit l'intérêt : absence des pavillons des oreilles malformation de la bouche, etc., offrait un aspect des plus singuliers. Toute la surface de son corps était divisée en petites surfaces rectangulaires par des sillons dont la direction générale était perpendiculaire à l'axe du corps et du membre, mais que, réunissaient des sillons plus courts parallèles à ces axes. Au niveau des sillons, la peau était rose, mince, comme dépouillée de sa couche cornée épidermique; au niveau des surfaces qu'ils séparent, elle était, au contraire, jaunâtre, épaisse, dure et revêtue d'un épiderme corné d'une grande épaisseur. La surface du corps du fœtus semblait, en un mot, plaquée d'écailles épaisses, cornées, à bords saillants à pic et ayant même une certaine tendance à se détacher de la surfaec sous-jacente, et séparées par des intervalles linéaires de peau saine formant des sillons de 7 à 15 millimètres de largeur sur 1 à 3 millimètres de profondeur ; et ce monstre ne manquait pas d'une certaine analogie d'aspect avec une momie entourée de bandelettes ou, pour employer une autre comparaison que nous empruntons à M. *Houel*, on eut dit que, venu au monde avec une peau trop courte et inextensible, celle-ci avait craqué et s'était fissurée de toutes parts après la naissance.

M. *Robin* dans sa description histologique de la peau du monstre de 1852, avait signalé une atrophie et même, en certains points, une disparition complète des papilles au niveau des sillons et au niveau des plaques, au contraire, une hypertrophie notable des corps papillaires. Il était intéressant de savoir si l'analyse histologique de la peau du fœtus de 1878 donnerait des résultats identiques comme on semblait en droit de s'y attendre et M. *Houel* voulut bien nous en confier plusieurs fragments que nous étudiâmes dans le laboratoire d'histologie du collège de France dont nous avions alors l'honneur de faire partie. On trouvera l'exposé complet de nos recherches à ce sujet ainsi qu'un aperçu historique et une discussion sur cette forme d'ichthyose congénitale dans un mémoire que M. *Malassez* voulut bien présenter en notre nom à la Société anatomique, à l'appui de notre candidature et dans une thèse que nous avons inspirée, en 1879, à M. le docteur *Pelletier*. Ce travail est accompagné de deux planches représentant : l'une le fœtus du musée Dupuytren, l'autre deux de nos préparations ; le *Traité de Dermatologie* de *Neumann* renferme également une figure analogue (1).

Des coupes nombreuses, les unes parallèles à la surface de la peau,

(1) Neumann. *Lehrbuch der hautkrankheiten Wien.*, 1876, p. 373, fig. 32. *Durch schnitteines Hautstuckes von ichthyosis congenita.*

les autres normales à cette surface et menées dans deux directions réciproquement perpendiculaires, nous ont montré que toute la lésion consistait en un épaississement énorme de la couche cornée et que, dans les régions épaisses comme au niveau des sillons le derme, le corps papillaire, le corps muqueux de Malpighi lui-même, présentaient absolument les mêmes caractères et étaient entièrement normaux. Au niveau des plaques, l'épaisseur de la couche cornée atteint 1,200 à 2,000 $\mu$ et celle-ci, au niveau des lésions tombe brusquement de 40 à 50 $\mu$ et devient, par conséquent, de 30 à 40 fois moins considérable ; la transition entre ces deux régions d'aspect si différent est donc brusque et non graduelle, et un mur à pic sépare les hautes régions des régions basses de la surface du corps de ce fœtus qui est, pour ainsi dire, pavé de dalles cornées disjointes par leurs bords. Il nous a été impossible de constater chez ce monstre les lésions hypertrophiques et atrophiques du corps papillaire décrite par M. *Robin* chez son prédécesseur et des mensurations microscopiques faites avec soin nous ont montré que les dimensions transversale et longitudinale des papilles étaient les mêmes tant au niveau des plaques qu'au niveau des sillons et que, dans les divers points elles ne diffèrent en rien des dimensions des papilles d'un enfant nouveau-né. Aussi avons-nous cru pouvoir faire suivre la partie descriptive de notre travail, des conclusions suivantes :

« 1° Le derme, la couche papillaire, le corps muqueux de Malpighi, se continuent sans modification aucune des parties minces et normales de la peau, aux parties épaissies ;

« 2° Toute la lésion est, dans l'espèce, constituée par l'hypertrophie de la couche cornée de l'épiderme qui présente, au niveau des parties dures de la peau une épaisseur uniforme pour chaque plaque mais variable d'une plaque à l'autre. Dans cette couche, les cellules épithéliales cornées affectent autour des orifices pilo-sébacés une disposition concentrique (1) et les différentes gaines qu'elles leur forment sont réunies entre elles par un système de lamelles intermédiaires.

« 3° Cette affection n'a pas encore reçu de nom qui rappelât ces caractères histologiques et, jusqu'à ce qu'un mot formé selon les règles ait été créé pour la désigner, le terme de « plaques cornées de la peau pourrait lui convenir.

(1) Les canaux contournés et tire-bouchonnés des glandes sudoripares traversent également la couche cornée épaisse qui constitue les plaques et y sont entourés de systèmes lamellaires identiques à ceux qui entourent les poils. Nous mentionnons ici ce détail que nous avions omis de signaler en rédigeant notre mémoire de la Société anatomique.

« 4° Cliniquement, on ne peut nier l'analogie d'aspect qui rattache la peau des fœtus monstrueux de M. *Houel* au tégument de certains poissons écailleux et la dénomination d'ichthyose en plaques ou ichthyosis scutata semble rationnelle à condition qu'on ait soin de rappeler la nature congénitale de cette affection qui diffère beaucoup des formes communes d'ichthyose et qui est du domaine de la kératologie. »

3° *Altération des nerfs dans un cas d'ichthyose cornée congénitale.* — Notre très distingué collègue *Leloir* qui s'est attaché à l'étude des lésions du système nerveux dans les affections de la peau, a communiqué à l'Académie des sciences, dans la séance du 29 décembre dernier, le résultat de ses recherches sur l'état des nerfs cutanés dans un cas d'ichthyose congénitale à forme serpentine. — Il a constaté qu'au niveau des régions squammeuses de la peau un grand nombre de tubes nerveux avaient subi une dégénération complète et présentaient, avec une grande netteté, les caractères de la névrite atrophique dégénérative — Disparition des noyaux, vacuité et état moniliforme des gaines. Dans d'autres tubes nerveux, moins altérés, la myéline était fragmentée en gouttelettes, en certains points résorbée, les noyaux de la gaine de Swann étaient en voie de prolifération et le cylindre-axe étouffé par cette invasion d'éléments de formation nouvelle avait disparu.

Ces altérations sont identiques à celles que l'on observe dans le bout périphérique des nerfs sectionnés et M. *Leloir* les a rencontrées et décrites, non seulement dans un cas d'ichthyose mais encore dans plusieurs autres affections cutanées. Sans accorder prématurément une trop grande importance à des lésions qui peuvent n'être que secondaires, il est permis d'applaudir à la patience des observateurs qui les recherchent et grâce aux travaux desquels l'on connaîtra mieux, sans doute, un jour l'action régulatrice du système nerveux central sur la nutrition et sur les fonctions de la peau.

4° *Altérations vésiculeuse des cellules épidermiques.* — « Dans une communication à la Société de biologie, *Leloir* revient en 1879 sur les altérations de l'épiderme dans les affections de la peau et de muqueuses qui tendent à la formation de vésicules, de pustules et de productions néo-membraneuses. » Il avait déjà publié à ce sujet, en 1878, une note dans les mémoires de la Société de biologie ainsi que dans les *Archives de physiologie* et vient de lui consacrer dans le même recueil un mémoire fort étendu où la question est traitée d'une façon aussi complète et aussi minutieuse que possible, mais que nous ne pourrions analyser cette année sans sortir des limites de notre travail.

Après avoir rappelé les recherches de *Auspitz* et *Basch, Cornil, Vulpian, Neumann, Weigert,* etc., *Leloir* décrit la lésion élémentaire qui

engendre les vésicules et les pustules et en place le siège dans la couche de Malpighi et dans la couche granuleuse : il se forme, dit-il, autour du noyau de la cellule épithéliale un espace clair, non réfringent et non colorable par le carmin qui l'isole du reste du protoplasma. Le noyau cependant, loin de disparaître, est tantôt isolé au centre de l'espace clair, tantôt relative dans un coin de cet espace et tend alors à se segmenter et à proliférer.

Lorsque la lésion est plus avancée, l'espace clair envahit presque toute la cellule en refoulant à la périphérie le protoplasma qui perd son aspect granuleux. Le système épithélial présente alors l'aspect d'un treillis ou d'un réseau dont les mailles ne tardent pas à s'ouvrir les unes dans les autres, grâce à la résorption des cloisons qui les séparent.

« Ainsi se trouvent constituées de petites cavités anfractueuses qui se remplissent de pus, véritables petits abcès intra-épidermiques situés parfois dans les couches superficielles de l'épiderme. » Ainsi se forment les vésicules et les pustules.

*Leloir* a rencontré ces altérations dans un grand nombre d'affections diverses : pustules d'impetigo, d'ecthyma infantile, pustule variolique et vaccinale, plaques muqueuses à centre pustuleux, pustules des syphilides varioliformes, vésicatoires couenneux, plaques muqueuses à exsudat diphthéroïde, etc., dans toutes les dermatoses en un mot qui se caractérisent par la formation d'une vésicule, d'une pustule ou par le dépôt d'un exsudat pseudo-membraneux. Il les a observés également en répétant les expériences de *Weigert* sur la production du croup expérimental.

Ces lésions se rencontrent en réalité, non seulement dans les conditions signalées par *Leloir*, mais encore dans tous les cas d'irritation de la peau, à des degrés très divers, il est vrai. Elles existent aussi bien dans les régions épidermiques qui recouvrent une tumeur cutanée légèrement saillante que sur les bords des ulcères dermiques quelle que soit leur nature et nous ne saurions que confirmer en tous points les descriptions de l'histologiste dont nous analysons le travail, car elles sont entièrement conformes à celles que nous donnons nous-même des altérations de l'épiderme au bord des ulcères gommeux de la peau. (Voy. *Des gommes de la peau*. Société anatomique, 1878.)

Un fait intéressant au point de vue de l'anatomie pathologique générale est l'identité des lésions épidermiques que *Leloir* a décrites avec celles qui atteignent certains épithéliums glandulaires dans des circonstances en apparence très différentes. Nous avons publié en 1877 un travail sur les altérations du foie à la suite de la ligature du canal cholédoque et nous y avons signalé, outre la sclérose inter et intra-lobulaires avec

néoformation des voies biliaires déjà décrite par MM. *Charcot* et *Gombault*, des lésions des cellules hépatiques absolument semblables à celles qui déterminent les affections vésiculeuses ou pustuleuses de l'épiderme et qui se rencontrent sur les bords des ulcères cutanés.

A la suite de la ligature du canal excréteur de la bile, les cellules hépatiques subissent dans un certain nombre de cas les altérations suivantes dont le mode de production n'est pas très bien connu : 1° leur protoplasma se gonfle et devient finement granuleux (tuméfaction, trouble) ; 2° une vacuole claire, peu réfringente, apparaît autour du noyau qui tantôt reste isolé au milieu de la vacuole, tantôt est refoulé à la périphérie de celle-ci et la coiffe à la manière d'un croissant. Dans d'autres circonstances, la zone claire isole du reste du protoplasma cellulaire, non seulement le noyau, mais encore une certaine quantité de substance protoplasmique ambiante (dégénérescence muqueuse zonulaire) ; 3° le dépôt muqueux augmente, envahit toute la masse protoplasmique, distend la cellule (hydropisie cellulaire) et n'est arrêté que par la couche cuticulaire du protoplasma ; 4° les cellules très dilatées sont pressées les unes contre les autres et ne sont plus séparées que par un double contour, divisé par une ligne peu visible et représentant deux cuticules adossées l'une à l'autre. Les régions lobulaires ainsi altérées se présentent à l'œil nu sous l'aspect d'une tache claire plus ou moins arrondie et au microscope sous celui d'un reticulum à larges mailles et à fins trabécules ; 5° enfin les doubles cloisons qui séparent les cellules se résorbent et les cavités cellulaires s'ouvrent dans les autres pour former, en dernière analyse, des lacunes plus ou moins vastes remplies d'un liquide muqueux.

Telles sont, en résumé, les altérations parenchymateuses que peut, dans certaines conditions encore mal déterminées, produire la ligature du canal cholédoque. Nous renvoyons pour plus de détails à notre travail, mais on sera frappé de l'identité des lésions que nous avons décrites dans les cellules hépatiques avec celles qui ont été rencontrées ultérieurement dans le corps muqueux de Malpighi par *Leloir* ainsi que par les observateurs qui l'ont précédé, surtout si l'on compare les planches qui sont annexées à notre travail avec celles qui accompagnent celui que cet histologiste vient de publier dans les *Archives de physiologie*.

L'analyse du mémoire de M. *Leloir* nous permettrait de soulever encore un certain nombre d'autres questions et d'en faire ressortir l'intérêt au point de vue de l'anatomie générale, mais une étude complète des dégénérescences muqueuse et colloïde de l'épithélium cutané sera mieux justifiée lorsqu'il s'agira d'analyser son dernier travail dans lequel il reprend et approfondit ses recherches antérieures.

5° *Parasites végétaux dans certains pityriasis. — Discussion à la Société de biologie* : MM. Vidal, Hillairet, Cornil, Malassez. — Dans trois cas de pityriasis rosé (*Gibert* et *Bazin*) ayant présenté une marche irrégulière et une durée anormale, M. *Vidal* annonce avoir rencontré à la périphérie des squammes les plus superficielles, des spores très petites de 1 à 3 μ, très différentes de celles du microsporon furfur et à plus forte raison de celles du tricopthyton.

Après quelques observations de M. *Cornil* qui nie la spécificité des affections cutanées parasitaires en se fondant sur la présence des parasites végétaux dans les épidermes sains, M. *Malassez* rapporte une intéressante observation qui paraît se rapprocher de celle de M. *Vidal* autant qu'on en peut juger d'après une simple description orale.

La malade de M. *Malassez* avait la région fessière droite parsemée de taches brun rougeâtre, plus pâles dans les parties centrales, plus foncées et tirant sur le rouge dans les parties périphériques. A leur niveau la peau était légèrement soulevée et rugueuse au toucher, leur surface présentait quelques pellicules et leurs caractères étaient ceux d'une affection cutanée ayant tendance à se guérir au centre et à s'étendre à la périphérie.

Cet aspect et cette circonstance que l'amant de cette femme avait une large plaque brun rougeâtre à la partie interne de la cuisse droite devaient faire admettre la nature parasitaire de cette affection. Telle fut aussi l'opinion de *Malassez* et l'examen microscopique des squammes confirma pleinement ses soupçons : il y constata des spores nombreuses les unes volumineuses, ovoïdes ou en forme de courge, de 4 μ 5 à 5 μ de long sur 3 μ à 3 μ 5 de large ; les autres petites et sphériques dont le diamètre variait de 1 μ à 4 μ. L'affection fut d'abord abandonnée à elle-même et les taches se multiplièrent et s'agrandirent ; elle guérit rapidement au contraire dès qu'elle fut traitée par des lotions au sublimé corrosif.

M. *Malassez* fait suivre son observation de remarques intéressantes sur la nature du champignon qu'il vient de décrire et sur son rôle probable dans la pathogénie de l'affection que présentait sa malade.

Le champignon ne saurait sans doute être confondu avec le tricophyton de *Gruby* et *Malmsten,* l'achorion de *Schœnlein* ni même avec le microsporon furfur d'*Eichtadt*, mais l'histoire naturelle des microptytes est si peu avancée encore qu'il serait téméraire de lui donner un nom et de lui assigner une place dans les classifications. Comment savoir, en effet, si la forme sous laquelle MM. *Vidal* et *Malassez* l'ont rencontré est sa forme unique et spécifique et s'il ne peut pas, dans d'autres conditions de culture et de milieu, revêtir une structure différente et plus compliquée ?

Tout ce qu'il est permis de faire jusqu'à présent, c'est de le comparer à d'autres types connus. A cet égard, on pourrait le rapprocher du microsporon Audouinii, si l'on admet avec *Malassez* que ce dernier ne possède pas le mycélium. Il se rapproche encore plus des spores que notre maître a trouvées dans le pityriasis simple du cuir chevelu. Les différences qui séparent ces trois sortes de champignons sont, en effet, peu considérables; tous « siègent dans les couches superficielles de l'épiderme; ils sont uniquement constitués par des spores, ils ne présentent ni tubes de mycélium, ni chapelets de spores, mais de simples bourgeonnements; ils sont réunis habituellement en colonies plus ou moins nombreuses et formant des plaques plus ou moins étendues. »

Le rôle des microptytes dans la pathogénie des dermatoses parasitaires a été très discuté: dans l'espèce, il est cependant difficile de nier que le parasite ne soit bien la cause de l'affection que présentait la malade de *Malassez*. Nous avons vu, en effet, que chez cette malade la contagion directe semblait bien avoir été le point de départ des accidents et que ceux-ci présentaient tous les caractères des affections parasitaires, forme circinée, accroissement périphérique, démangeaisons, guérison rapide sous l'influence des parasiticides; ajoutons enfin que l'auteur de cette curieuse observation s'est assuré avec toute la rigueur scientifique qu'on lui connaît, que les parties de la peau voisines des taches rouges ne présentaient aucune trace de végétation parasitaire.

6° *Contribution à l'étude des polyadénomes sudoripares.* — Depuis le célèbre mémoire de M. le professeur *Verneuil*, peu de recherches, à part la communication de MM. *Henoque* et *Souchon* et de M. *Chistol*, ont été consacrés aux tumeurs des glandes sudoripares. Mais ce que nous savons aujourd'hui de la structure et du mode de développement des tumeurs glandulaires en général, comble en grande partie cette lacune, et nous permet de constater que, si le savant professeur de clinique de la Pitié n'avait pas, au moment de ses recherches, les moyens techniques de se livrer à une étude histologique rigoureuse des tumeurs hydrosadeniques, une étude approfondie de leur marche clinique lui avait cependant fait pressentir une grande partie de nos connaissances actuelles.

La *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie* publie dans son numéro de janvier 1879, une note de M. *Ovion*, interne des hôpitaux, sur une tumeur sous-cutanée qu'il regarde comme un cas de polyadénome sudoripare : nous verrons bientôt si, dans l'espèce, cette dénomination doit être acceptée.

La malade de M. *Ovion*, âgée de 18 ans et admise à l'infirmerie de la Salpêtrière dans le service de M. *Périer*, avait depuis sa première en-

fance au niveau du tiers inférieur de la région mastoïdienne, une petite tumeur du volume d'un pois, indolente, dure, arrondie, mobile, qui était restée absolument stationnaire jusque dans ces dernières années.

Cette tumeur, depuis trois ans s'était mise à croître lentement et régulièrement : au moment de l'entrée de la malade à l'infirmerie, sa longueur était de 22 mm et sa largeur de 15 mm ; elle était ovoïde à grand axe oblique en bas et en avant, bosselée, de consistance inégale, fibreuse dans son ensemble et comme cartilagineuse au niveau des bosselures. Elle était toujours très mobile : la peau qui la recouvre ne contractait avec elle aucune adhérence et son indolence était parfaite, sauf lorsqu'elle était irritée par une contusion ou un frottement ; elle devenait alors le siège de picotements que la malade comparait à des piqûres d'aiguille. Le diagnostic de fibrome fut porté et l'ablation fut décidée.

La tumeur examinée aussitôt après l'ablation présentait une coloration rosée extérieurement et d'un blanc mat sur la surface de coupe. Au raclage, elle ne donnait pas de suc, mais une sorte de pulpe très friable. Entourée de toutes parts par une coupe fibreuse épaisse d'un 1/2 mm ; elle était, par places, calcifiée.

L'examen microscopique montra qu'elle était constituée par les amas cylindriques de cellules à noyau et à nucléole volumineux et réfringents, à protoplasma peu abondant et semé de granulations fines et brillantes. contenu eux-mêmes dans les tubes à parois très minces et amorphes que séparaient les unes des autres des cloisons conjonctives émanées de la capsule fibreuse d'enveloppe. En beaucoup de points la paroi des tubes n'était pas visible et en quelques-uns les cellules qui y étaient contenues semblaient avoir fait irruption au dehors et envahi le tissu conjonctif ambiant au sein duquel étaient répandues, en ces points surtout, un grand nombre de cellules embryonnaires.

Une particularité intéressante présentée par cette tumeur était son infiltration calcaire sous forme de masses arrondies contenues dans l'épaisseur des cylindres cellulaires et paraissant tantôt composées de lamelles brillantes concentriques semblables à celles qui caractérisent les globes épidermiques des épithéliums pavimenteux et tantôt amorphes comme si la calcification les avait entièrement envahies en confondant dans une masse commune les cellules qui les constituaient.

D'après M. *Ovion*, « l'ordonnance tubulée du tissu morbide, la délimitation très nette des tubes par du tissu conjonctif, la disposition des cellules dans leur intérieur ne permettent de conserver aucun doute sur la nature histologique de cette tumeur. C'est un adénome sudoripare. » Nous ne saurions, quant à nous, en nous en tenant aux termes mêmes de sa description, partager entièrement sa manière de voir et nous allons en donner les motifs.

Et d'abord la tumeur décrite par M. *Ovion* a-t-elle réellement son point de départ dans les glandes sudoripares ? Rien ne le prouve d'une manière certaine. L'auteur reconnaît lui-même que nulle part on n'y rencontrait de terminaisons en acinus ni de conduits excréteurs et ne semble pas avoir recherché dans les glandes sudoripares voisines l'origine du processus néoplasique. Les caractères des cellules, la réfringence et le volume de leurs noyau et nucléole, leur arrangement au centre des tubes en globes épidermiques semblent même caractériser plutôt un épithéliome pavimenteux tubulé qu'un épithéliome ayant son point de départ dans les tubes sudorifères; ce n'est enfin que sur quelques points que quelque chose de semblable à une membrane basilaire a pu être constaté.

Si nous formulons une semblable objection, c'est que nous croyons qu'une pareille erreur est possible et que des épithéliomes pavimenteux profonds peuvent revêtir les caractères cliniques que M. *Verneuil* a assignés aux adénomes sudoripares. Tel est le diagnostic qui fut porté pour une malade que M. le professeur *Verneuil* nous fit l'honneur de nous montrer dans son service de la Pitié et dont il voulut bien nous confier la tumeur; nous l'examinâmes avec beaucoup de soin, car nous pensions également être en présence, non d'un adénome, il est vrai, mais d'un épithéliome sudoripare dont nous n'avions examiné jusque-là qu'un seul cas et nous dûmes reconnaître que les glandes sudoripares de la région malade étaient parfaitement saines. L'affection n'était autre chose qu'un épithéliome tubulé profond et circonscrit dont nous trouvâmes le point de départ dans une végétation des cones épithéliaux interpapillaires qui s'étaient considérablement allongés et répandus dans les couches profondes du derme sous forme de tubes épithéliaux anastomosés entre eux, fournissant ainsi à première vue un aspect qui n'eût pas été sans analogie avec celui que décrit M. *Ovion* si nous eussions négligé de constater d'une part l'intégrité absolue des glandes voisines, d'autre part les rapports de la tumeur avec le revêtement épidermique.

Admettons toutefois que la tumeur a bien réellement pris naissance dans les glandes de la sueur : le nom d'adénome est-il bien celui qui lui convient ? Rien de plus embrouillé que l'histoire des adénomes lorsqu'on oublie de s'en tenir au sens exact du mot. Les adénomes sont des hypertrophies glandulaires de *Lebert*, ils doivent pour mériter ce nom offrir une structure identique à celles des glandes (*Cornil* et *Ranvier*).

Un adénome peut être une glande hypertrophiée, pourvue d'un nombre d'acini plus grand qu'à l'état normal, quelquefois même transformé partiellement ou totalement en cavités kystiques, mais on doit toujours

y retrouver s'il mérite ce nom, la membrane basilaire, l'ordonnancement cellulaire, la forme et les caractères des cellules et des acini qui caractérisent la glande qu'il représente.

Or, nous ne rencontrons dans les descriptions de M. *Ovion* aucun de ces caractères. Bien plus, nous y voyons que des tubes dont il est impossible de trouver le canal excréteur et dont les parois n'apparaissent qu'à l'état de rares vertiges sont bourrés de cellules dont la forme ne semble avoir rien de caractéristique et qu'en plusieurs points ces cellules ont fait irruption et se sont éparpillées au sein du tissu conjonctif ambiant. Aussi considérerions-nous plutôt cette tumeur comme un exemple d'épithéliome carcinomateux et comprendrions-nous son évolution de la manière suivante :

On a vu que pendant de longues années la tumeur était restée peu volumineuse et indolente ; puis peu à peu elle s'est mise à croître régulièrement et est devenue le siège de douleurs. Il est vraisemblable que, pendant la longue période qui s'est écoulée depuis les premières années de la malade jusqu'à ces derniers temps, la tumeur était réellement un adénome puisqu'en vertu de causes qui nous échappent presque entièrement elle est devenue le siège d'une évolution dont nous allons rapidement exposer les diverses phases successives d'après les recherches de *Malassez* sur l'évolution des épithéliomes cutanés et sur les tumeurs glandulaires du sein et de l'ovaire. Dans un premier stade, l'épithélium glandulaire prolifère et se dépose dans le cul-de-sac en couches successives ; le plus souvent alors il perd ses caractères normaux (atypische Wucherung de *Waldeyer*, epithélium métatypique de *Malassez*), quelquefois même, ainsi que *Malassez* l'a montré pour les épithéliomes mucoïdes de l'ovaire, les rangées épithéliales les plus superficielles reprenant leurs caractères morphologiques normaux. Bientôt l'acinus glandulaire est rempli de cellules épithéliales pressées les unes contre les autres et le premier stade de l'évolution morbide est parcouru ; la tumeur est un épithéliome intra-acineux et la membrane d'enveloppe de la glande est encore intacte.

Cette période peut être de fort longue durée. Certains épithéliomes intra-acineux des glandes sébacées de la face et l'acné sébacée partielle en est un exemple, durent de longues années avant de faire un pas en avant et de se transformer en véritables cancroïdes. On voit alors les culs-de-sacs de la glande végéter, se ramifier, s'anastomoser, la membrane basilaire s'amincir, se rompre. L'épithéliome n'est plus alors circonscrit, il est diffus et la seconde phase de son développement est accomplie.

Rien ne sépare plus alors la masse épithéliale de la circulation lymphatique puisque le tissu conjonctif les entoure de toutes parts et entre

en contact direct et continu avec elles. C'est alors que l'on rencontre des nids épithélioïdes dans les lacunes du tissu conjonctif dans les fentes lymphatiques d'abord, dans les troncs lymphatiques ensuite, enfin dans les ganglions. Ces nids épithélioïdes qui s'accroissent, envoient autour d'eux des colonies épithélioïdes secondaires, répondent complètement par leur siège et leurs caractères à la définition du carcinome, telle qu'elle a été donnée par MM. *Cornil* et *Ranvier* et la tumeur parvenue au stade ultime de son évolution histologique est alors un épithéliome compliqué de carcinome, un épithéliome carcinomateux. Cette conception de la marche et de l'évolution des épithéliomes telle qu'elle résulte des travaux de *Waldeyer* et de *Malassez*, ne semble pas avoir encore été appliquée aux épithéliums sudoripares qui, il faut bien le dire, sont histologiquement peu connus, mais elle a été vérifiée tant de fois par d'autres glandes que son extension à ces dernières semble bien légitime et le cas de M. *Ovion* nous paraît rentrer complètement dans cette catégorie. Nous trouvons d'ailleurs, dans le mémoire de M. *Verneuil*, sous d'autres termes, une description analogue à celle que nous venons d'esquisser et nous voyons la transformation des polyadénomes (épithéliome intra-glandulaire) en véritables épithéliomes signalée par M. *Broca* dans les termes suivants : « Le polyadénomes diffus développés primitivement, aussi bien que ceux qui succèdent à des polyadénomes circonscrits, tendent à se propager, à s'ulcérer. L'épithélium glandulaire peut même, APRÈS AVOIR DETRUIT DES TUBES OU CULS-DE-SACS s'infiltrer dans les tissus et alors l'affection passe à l'état d'épithéliome véritable. En d'autres termes, les polyadénomes doivent être considérés comme une des causes de l'épithéliome. » On voit que, aux termes près, les faits cliniques et histologiques capitaux que nous avons rappelés avaient été déjà signalés par l'homme illustre que la science vient de perdre.

7° *Anatomie pathologique de l'acné.* — M. *Cornil* qui, l'un des premiers, a compris tout l'intérêt de la méthode biopsique et en a admis la légitimité, s'en est servi pour faire une étude complète de l'acné pilaris simple, de l'acné pilaris enflammée et légèrement indurée et de l'acné indurée invétérée. L'analyse du travail de ce savant clinicien terminera la partie de notre *Revue anatomo-pathologique* consacrée aux affections du système épidermique.

I. *Acné pilarée simple.* — Ainsi que *Bazin* l'avait parfaitement remarqué, l'acné pilaris est une affection non des glandes sébacées, mais bien des follicules pileux. Le goulot du follicule est obstrué par un bouchon épithélial et il survient secondairement une congestion périfolliculaire intense qui se traduit par une dilatation des vaisseaux et par une diapédèse abondante des cellules lymphatiques que l'on retrouve le long

de ceux-ci dans les mailles du tissu conjonctif qui avoisine les follicules et jusque dans la cavité folliculaire.

Aussi vient-on à enlever le poil ou les poils qui émergent de la saillie formée par la pustule d'acné pilaris, et vient-on à presser celle-ci entre les doigts, on fait sourdre par l'orifice ainsi découvert une goutte de pus mêlé à des débris épithéliaux.

II. *Acné enflammée légèrement indurée.*— Dans cette forme, l'accumulation de cellules lymphatiques dans la cavité du follicule est beaucoup plus considérable et le foyer leucocytique subit dans ses parties centrales la dégénérescence caséeuse. M. *Cornil* décrit également des amas de cellules lymphatiques au sein de l'épiderme et une transformation vésiculeuse des cellules épidermiques analogue à celle qu'il a constatée dans les pustules de variole, les plaques muqueuses de l'amygdale et en général toutes les syphilides suintantes.

III. *Acné indurata plus ancienne.* — Cette forme représente histologiquement un intermédiaire entre l'acné pilaris et les kystes sébacés. Comme dans l'acné pilaris simple, les lésions portent uniquement sur les follicules pileux. La cavité folliculaire entièrement distendue est comblée par de l'épithélium corné, les parois des follicules, y compris ce que M. *Cornil* appelle la gaine interne (gaine externe de la racine du poil) sont considérablement épaissies et le tissu conjonctif ambiant est infiltré d'éléments embryonnaires. Les parois fibreuses du follicule, au lieu d'être lisses, comme à l'état normal, sont le siège d'une formation papillaire.

Rappelons en terminant l'apparition en 1879 des leçons sur la syphilis faites à l'hôpital Lourcine par M. *Cornil*. En dehors de leur intérêt clinique dont nous ne devons pas nous occuper ici, elles renferment un grand nombre de recherches anatomo-pathologiques originales que nous nous bornons à signaler, car un ouvrage de cette importance et de cette valeur mérite une analyse spéciale.

(*A suivre.*)

## REVUE FRANÇAISE.

### SYPHILIGRAPHIE.

Syphilides muqueuses. — Ulcérations syphilitiques de la gorge. — Leur diagnostic. — Leur traitement. — Leçon clinique faite à l'hôpital de Lourcine, par M. Martineau et recueillie par M. Coudray, interne de service. *Tribune médicale*, 1880. (Résumé.)

Tous les accidents syphilitiques peuvent siéger dans la gorge, depuis le chancre initial jusqu'à la gomme, mais les plaques muqueuses y sont surtout fréquentes. Comme à la vulve, la plaque muqueuse peut se présenter avec ces quatre types :

1° Type érosif;
2° Type papulo-érosif;
3° Type papulo-hypertrophique;
4° Type ulcéreux.

Si ces accidents sont plus fréquents chez l'homme, parce que souvent, chez lui, les abus de tabac, de liqueurs alcooliques provoquent des irritations praticulièrement favorables au développement des syphilides, ils ne laissent pas que de se montrer très fréquemment chez les femmes, même chez celles qui n'ont pas été soumises aux irritations précitées. Parmi les malades de Lourcine, un certain nombre sont adonnés aux boissons alcooliques ; beaucoup plus encore fument.

On ne doit jamais omettre d'examiner la gorge d'un sujet suspect de syphilis. Cet examen doit être fait même chez ceux qui n'accusent aucune douleur, ces lésions étant souvent indolentes. Cette indolence n'est cependant pas constante, et parfois on observe de véritables douleurs, surtout au moment de la déglutition.

Ces lésions syphilitiques s'accompagnent d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, qui sont durs, plus ou moins hypertrophiés, indolores.

La forme érosive de ces plaques offre des plaques ordinairement grises, en plus ou moins grand nombre (*plaques opalines* de Bassereau).

Le type papulo-érosif est représenté par des plaques légèrement élevées et portant des altérations superficielles.

L'hypertrophie amygdalienne est très fréquente, comme l'a signalé TAUTURRI. Elle existe en même temps que les plaques.

Pour le type ulcéreux, on note une ulcération superficielle, en général, mais anfractueuse, à fond grisâtre, recouverte d'une fausse membrane. Cette ulcération peut se compliquer de phagédénisme. Ce dernier accident est, en somme, exceptionnel, et ces syphilides de la gorge sont habituellement bénignes. Néanmoins on ne doit pas oublier que, si elles guérissent facilement, elles reparaissent avec une déplorable facilité, d'où l'indication de proscrire l'usage du tabac et des alcooliques.

L'angine aiguë ne saurait être confondue avec ces lésions. Quant à l'*angine érythémateuse syphilitique,* décrite par M. MARTELLIÈRE, elle se distingue de l'angine catarrhale par les caractères suivants, que lui assigne cet auteur : elle coïncide avec la roséole, elle siège sur les amygdales et le voile du palais et s'arrête brusquement aux piliers externes.

Les *ulcérations tuberculeuses,* outre qu'elles peuvent survenir chez un syphilitique, sont, ainsi que les *ulcérations scrofuleuses,* d'un diagnostic parfois difficile.

La tuberculose pharyngée, décrite par ISAMBERT, se manifeste au début par de la gêne de la déglutition, des picotements. Enfin, et surtout lorsqu'on peut constater l'existence du semis, de granulations jaunâtres que M. Trélat a signalées, il n'est plus permis de douter de la nature tuberculeuse de l'ulcération. En l'absence de ce signe si précieux pour le diagnostic, les commémoratifs et les signes actuels de syphilis prononceront sur le genre de l'ulcération.

J'admets, avec M. Isambert, l'espèce distincte de l'angine scrofuleuse, reconnaissable à son siège dans les parties profondes, à la paroi postérieure du pharynx et sur les piliers postérieurs ; caractérisée encore par les bords sinueux, taillés à pic, de ses ulcérations, les cicatrices blanches, nacrées, étroites qui succèdent à ces dernières. Ces caractères la feront reconnaître.

M. Martineau rappelle les beaux travaux de M. Cornil sur l'anatomie pathologique de ces syphilides.

Quant au traitement, il doit être général et local.

Comme traitement de la diathèse, l'auteur préfère la liqueur de Van Swieten ou les pilules de Sédillot au protoiodure et proscrit la « pratique funeste » qui consiste à administrer le traitement mixte, mercuriel et ioduré, dans les manifestations secondaires de la syphilis.

Traitement local : gargarismes émollients dans la phase douloureuse, cautérisation au nitrate d'argent; plus tard, gargarismes au chlorate de potasse. G.

De LA SYPHILIS SECONDAIRE VAGINALE ET UTÉRINE, par M. MARTINEAU; leçon recueillie par M. BINET, interne à Loureine. (Résumé.) *Union médicale*, 1880.

Les manifestations secondaires de la syphilis sur le vagin ou le col utérin sont rares. M. Fournier a déjà insisté sur ce point.

Le *siège* de ces syphilides est variable : celles du *vagin* se montrent soit à l'anneau vulvo-vaginal, soit dans l'ampoule postérieure du vagin, soit encore, mais plus rarement, dans le segment antérieur.

A l'anneau vulvo-vaginal, on trouve les types érosif et ulcéreux; le type papuleux est plus rare. Au contraire, dans le segment postérieur du vagin, ce dernier type est plus fréquent de beaucoup. La grosseur de ces papules varie d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. Leur coloration est rouge foncé, parfois grise, diphthéroïde et tranche alors sur le fond rosé de la muqueuse vaginale. Leur *nombre* varie de trois à six, mais on peut en trouver beaucoup plus. Elles existent seules ou concurremment avec celles de l'utérus.

Leur *apparition* a lieu vers la huitième semaine de la syphilis, mais souvent beaucoup plus tard : après huit mois, un an même.

Sur l'*utérus*, on trouve presque tous les types des manifestations secondaires : érosif, papuleux, ulcéreux. On a même décrit la roséole du col utérin (de Fourcault). M. le professeur Fournier ne l'a jamais constatée, ni moi non plus; il est donc permis de douter de son existence.

Les érosions sont constituées par de petites ulcérations limitées, lenticulaires, tranchant sur la coloration normale du col.

Les papules présentent à peu près les mêmes caractères qu'ailleurs : tantôt agglomérées, tantôt isolées, elles peuvent siéger sur tous les points du col de l'utérus.

Les syphilides ulcéreuses sont lisses et peu profondes; elles ne s'accompagnent pas d'adénolymphite, ce qui permet de les distinguer des ulcérations de la métrite. Elles sont indolentes.

Je ne partage pas les idées de M. Cornil au sujet de la métrite déterminée par la présence de ces papules et de ces ulcérations. La métrite syphilitique existe, mais le plus souvent il s'agit d'une métrite vulgaire entée sur des accidents de la syphilis.

MM. Martin et de Fourcault décrivent une *hypertrophie ulcérative du col de l'utérus*, lésion déjà observée par Witehead, d'après M. Lancereaux. Dans une première période, suivant ces auteurs, le col est violacé, augmenté de volume, surtout dans ses dimensions transver-

sales; il reste mou et dépressible et n'est pas douloureux. L'utérus peut être abaissé par cette hypertrophie de son segment inférieur.

Dans une deuxième période, il se produit une exulcération du col variant en étendue d'une pièce de 20 centimes à celle d'une pièce de 1 franc, lisse, unie, simplement humide, d'une couleur rouge brique cuivrée. Elle occupe une seule lèvre ou les deux et peut se prolonger dans le canal cervical. Cette ulcération suivrait de près l'accident primitif, mettrait un mois à guérir et récidiverait facilement. D'après M. Martin, elle serait assez fréquente (48 fois sur 100.) Cependant, malgré mes recherches, je n'ai pu la rencontrer une seule fois.

Les ulcérations dues à la vaginite se distinguent des ulcérations spécifiques en ce qu'elles présentent une rougeur vive, sont volumineuses, saignent facilement et sont irrégulières. De plus, elles s'accompagnent des signes ordinaires de la vaginite.

Les érosions de la métrite existent généralement sur les deux lèvres, elles sont grenues.

Le chancre diphthéroïde du col, décrit par M. Bernutz, ne sera pas confondu avec les syphilides. Il est constitué par une ulcération superficielle du volume d'une pièce de 1 franc, recouverte d'une fausse membrane grisâtre et ressemblant à une vésicule pemphigoïde. Ce chancre est simple, non infectant, inoculable et n'est pas suivi d'accidents syphilitiques.

L'eczéma, l'herpès sont facilement reconnaissables.

Contre ces lésions, je prescris des bains de sublimé avec canule vaginale et des injections. G.

---

Leçons sur les troubles constitutionnels qui se manifestent pendant la période prodromique de la syphilis; par Charles Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi. (*Lyon médical.*)

Après avoir étudié la question au point de vue historique et montré ce qu'avait d'exagéré l'opinion de Bannès (de Lyon), qui prétend que chez certains organismes prédisposés par une sorte de *tempérament syphilitique,* des symptômes généraux existent quelquefois avant l'apparition de tout symptôme local; après une étude intéressante de la fièvre syphilitique et de plusieurs autres symptômes précoces, l'auteur se résume dans les conclusions suivantes :

1° Contrairement à ce qu'ont avancé quelques auteurs, les troubles

généraux ne se développent pas durant la période active du chancre infectant. Aussi n'en sont-ils point les symptômes directs.

L'accident primitif a, d'ordinaire, terminé son rôle et accompli son évolution quand apparaissent les troubles généraux ou constitutionnels;

2° Ils sont les premiers effets de l'impression morbide que font naître dans l'organisme l'introduction et la multiplication du principe virulent;

3° Cette impression a pour siège électif les centres nerveux, les nerfs, et plus rarement le grand sympathique;

4° Le principe toxique agit sur le système nerveux, soit directement, soit indirectement.

Il suscite directement l'action morbide lorsqu'on ne peut constater aucun intermédiaire pathologique entre le chancre et les névropathies prodromiques.

Il la suscite indirectement lorsqu'un état chloro-anémique progressif se manifeste vers le milieu ou la fin du processus chancreux.

La plupart du temps, ces deux modes pathogéniques se combinent. Il en résulte que les troubles névropathiques sont généralement en raison directe de l'altération du sang ;

5° Dans la dyscrasie que doit nécessairement produire l'intoxication syphilitique, la diminution des globules rouges, l'augmentation des globules blancs et de l'albumine sont jusqu'à présent les seules altérations sanguines qui aient été constatées. Mais il est problable qu'il en existe d'autres, et, sur cet important sujet, de nouvelles recherches sont nécessaires;

6° Le principe toxique, dont nous ne connaissons que les effets, doit attaquer l'organisme par plusieurs procédés pathogéniques dont le mécanisme nous échappe.

Le seul dont nous puissions nous rendre compte, c'est celui que produit l'altération du sang. Et, en effet, pendant la période chancreuse il survient des lésions ganglionnaires qui, d'abord locales, se généralisent peu à peu et envahissent aussi les autres organes de l'hématopoïèse, tels que la rate, les amygdales, les follicules des muqueuses, le corps thyroïde, etc.;

7° Les symptômes constitutionnels, dans la période prodromique de la syphilis secondaire, sont :

*a*) La fièvre syphilitique avec toutes ses variétés de type, de durée d'intensité;

*b*) Les algies, telles que céphalées nocturnes, névralgies diverses, douleurs musculaires, rhumatoïdes, arthralgies, douleurs ostéocopes, pleurodynies ; sternalgies, lumbagos, etc., etc.;

*c*) Les troubles encéphaliques;

*d*) Les troubles cardio-pulmonaires;

*e*) Les troubles nutritifs avec ou sans asthémie des fonctions du grand sympathique.

8° Ces symptômes sont beaucoup plus fréquents chez la femme que chez l'homme. Chez l'homme, la plupart du temps, la syphilis produit ses premiers effets cutanés, muqueux ou autres sans troubler en rien les grandes fonctions et sans altérer la santé générale. Il en est de même chez quelques femmes privilégiées.

De légères attaques de céphalée nocturne, de la courbature, des douleurs rhumatoïdes, des sueurs pendant la nuit, tels sont les prodromes les plus ordinaires des manifestations matérielles de la syphilis;

9° Les troubles constitutionnels cessent ordinairement à l'époque où les irruptions se montrent; mais ils persistent quelquefois et s'accentuent pendant la période secondaire, au point de constituer une sorte d'état cachectique qui n'est pas toujours en rapport avec la gravité des déterminations syphilitiques;

10° Dans la plupart des cas, ils ne sont pas graves par eux-mêmes et ils guérissent spontanément ou à l'aide d'une médication spécifique et reconstituante. En outre, on ne peut pas juger exclusivement d'après eux ce que seront les manifestations ultérieures plus imprégnées de spécificité, car on voit parfois des syphilis faibles précédés de désordres généraux sérieux, tandis que des syphilis graves ou mêmes malignes ne suscitent à leur début aucune perturbation plastique ou fonctionnelle.

G.

---

Diagnostic du chancre syphilitique, par Ch. Mauriac, médecin de l'Hôpital du Midi : Leçon recueillie par De Gastel, interne du service. (*France médicale*, 1880.) (Résumé.)

Le chancre syphilitique peut être confondu avec une foule d'affections non virulentes, surtout lorsqu'il est extra-génital. Les conditions qui devront le faire soupçonner sont :

1° Celles qui se rattachent à la forme anatomique (érosions herpétiformes des lèvres, boutons de la pointe de la langue, tourniole chronique, etc.);

2° L'indolence et l'absence de prurit;

3° La persistance sous le même aspect, pendant trois ou quatre septénaires, d'une lésion cutanée ou muqueuse;

4° La nature des produits morbides (sérosité plutôt que pus, rareté de cette sécrétion, pseudo-membrane adhérente);

5° Consistance de la base sur laquelle repose la lésion. Circonstance importante sans être infaillible;

6° L'état des ganglions indurés, indolents.

Malgré la valeur de ces différents signes, les accidents constitutionnels sont le seul critérium irrécusable.

Les difficultés du diagnostic peuvent tenir, tout d'abord, au siège insolite. Étudions-le dans ses principales localisations :

1° *Région céphalique*. Dans les poils, les chancres revêtent souvent la forme ecthymateuse. Il importe de mettre leur surface à nu. On doit se méfier de toute coupure de rasoir qui, après s'être guérie, se rouvre au bout de quelques semaines et devient croûteuse.

A la bouche, malgré la ressemblance de certaines lésions (herpès, fissures, brûlures avec le cigare ou la cigarette, etc.) avec le début du chancre syphilitique, on songe plus vite au chancre que lorsqu'il siège sur le nez, les paupières. Dans ces différents cas, on ne doit jamais omettre de consulter les ganglions préauriculaires, parotidiens, sous-maxillaires.

Aux lèvres, le chancre syphilitique a été confondu avec l'épithélioma, et on cite même trois cas où l'ablation a été faite. Le cancroïde présente un ulcère plus déchiqueté, une surface tomenteuse, violacée, parsemée de grains miliaires blanchâtres et entourée d'un rebord élevé, dur et inégal. De plus, les ganglions s'engorgent rapidement avec le chancre, tandis que, avec le cancroïde, il ne se prennent que tardivement.

Parfois le chancre des lèvres, devenant ulcéreux et phagédénique, pourrait faire songer à un chancre mou, n'était la rareté de cette dernière affection à la tête, et aussi l'état des ganglions.

A la langue, on devra s'assurer que l'ulcération n'est pas due tout simplement à la présence d'un chicot irrégulier.

Le chancre guttural, siégeant sur l'isthme du gosier ou sur les amygdales, est des chancres céphaliques celui qui présente le plus de difficultés au diagnostic. On le reconnaîtra à l'angine de longue durée qu'il détermine et à l'état des ganglions. La palpation sera aussi d'un grand secours ;

2° *Membres supérieurs et inférieurs*. Sur les mains, il peut être confondu avec une simple tourniole. L'induration, l'état du ganglion épitrochléen le feront reconnaître.

La face inférieure des avant-bras, surtout chez la femme, la face antérieure des cuisses chez l'homme, la face postérieure chez la femme

sont les points où se fait le plus souvent, sur les membres, l'inoculation syphilitique.

Quant au chancre vaccinal, ses caractères sont facilement reconnaissables. On ne pourrait le confondre qu'avec ce que M. Blot qualifie de phagédénisme vaccinal. Les ulcérations de ce phagédénisme sont arrondies, à bords nets, à base dure, et s'accompagnent quelquefois d'engorgement ganglionnaire de l'aisselle. On voit d'après cela la facilité de l'erreur. Ces lésions guérissent très vite par l'application de cataplasmes. Cependant ici on doit rester dans les limites d'une prudente réserve pour formuler un diagnostic;

3° *Tronc.* Le chancre syphilitique siège surtout à la mamelle ; aujourd'hui que l'on est prévenu sur la contagion par l'allaitement, on ne confondra pas cette ulcération avec les aphthes, les fissures, les excoriations eczémateuses, les tumeurs furonculeuses ou papillaires du sein.

Les chancres de la région hypogastrique sont, en général, vastes et ulcéreux.

J'ai vu un large chancre pseudo-ecthymateux, presque indolent, se développer chez une femme au bas des reins. Je soignais son mari pour la syphilis ;

4° *Organes génitaux.* Si l'induration est un signe excellent dont on doit tenir compte, il ne faut pas oublier que dans ces régions la moindre lésion, même non virulente, peut s'indurer spontanément ou sous l'influence d'une cautérisation (nitrate d'argent, acide chromique, nitrate, acide de mercure, etc.). Mais quand l'induration s'accompagne d'une adénopathie non douloureuse, il faut se garder de songer à une simple écorchure produite soit pendant le coït, soit par le frottement des vêtements.

En présence d'une *balanite* ou d'une *vulvite*, on devra craindre qu'un chancre ne soit caché sous la lésion inflammatoire et interroger les ganglions.

L'*herpès* des organes génitaux peut être confondu, dans certaines circonstances, avec le chancre syphilitique, surtout quand celui-ci revêt la forme herpétique (chancre herpétiforme). Dans l'herpès, l'induration est rare, moins prononcée et l'engorgement ganglionnaire douloureux se dissipe rapidement.

Je donne le nom de *chancre érysipélateux* à cette forme de chancre qui s'irradie en nappes hyperplasiques, au niveau desquelles se produit une exfoliation épidermique dénudant les papilles du derme. Ici encore l'adénopathie guide.

L'œdème dur et indolent occupant une étendue plus ou moins grande

des téguments de la verge chez l'homme ou des grandes et des petites lèvres, chez la femme, a également une grande valeur diagnostique en faveur du chancre.

La lésion qu'il est surtout facile de confondre avec le chancre syphilitique, c'est le chancre simple. Rappelons les principaux signes qui aideront à reconnaître ce dernier.

*L'incubation* n'existe pour ainsi dire pas : il survient d'emblée. Il est primitivement vésiculo-pustuleux et ulcérant. Ses bords sont décollés, son fond est anfractueux, mamelonné ; il sécrète beaucoup de pus et repose sur une base ordinairement molle. Lorsqu'il s'enflamme, il devient dur et est douloureux. Les engorgements ganglionnaires qu'il détermine sont douloureux et suppurent souvent ; le bubon présente fréquemment les caractères du chancre. Le chancre simple est moins souvent solitaire que le chancre syphilitique. Il est presque exclusivement génital, son évolution n'est pas définie comme celle de l'ulcère syphilitique, et sa tendance est ulcéreuse. Ses produits de sécrétion sont réinoculables au sujet lui-même, c'est le contraire pour les chancres syphilitiques.

Lorsque le chancre infectant siège dans le canal, il est plus ou moins facile à reconnaître, suivant qu'il est ou n'est pas compliqué de blennorrhagie. L'examen des produits de sécrétion, aidé des autres moyens d'exploration, éclaire le diagnostic.

Le chancre syphilitique occupe exclusivement le méat, on devra donc se garder de prendre pour un chancre syphilitique un abcès lenticulaire, même très dur, venant compliquer une blennorrhagie, chaque fois qu'il siégera en arrière de la fosse naviculaire.

Dans la balanoposthite chancrelleuse, il n'existe aucune induration et les ganglions de l'aine peuvent rester indemnes pendant toute la durée de l'affection.

Les végétations communes se développent parfois sous un phimosis congénital, mais elles ne provoquent pas l'adénite si caractéristique du chancre infectant et, de plus, elles tendent incessamment à augmenter de volume.

Le chancre infectant peut rester méconnu, et lorsqu'il est situé sur le col utérin il occupe le premier rang parmi les chancres larvés.

Le diagnostic est souvent compliqué par la combinaison, la superposition des chancres simples et des chancres syphilitiques. L'autoinoculation et l'apparition d'accidents constitutionnels éclairent la situation.

G.

Des rapports entre la syphilis et la paralysie générale des aliénés. — Note lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 14 février 1880, par le Dr J. Christian, médecin de la Maison nationale de Charenton (*Union médicale*). (Résumé.)

Un point admis par tout le monde, c'est que l'encéphalopathie syphilitique n'est pas une entité morbide distincte. En effet, elle se manifeste par des symptômes extrêmement variés. Doit-on considérer la maladie connue sous le nom de paralysie générale des aliénés comme une manifestation de la syphilis? Telle est la question à laquelle se propose de répondre l'auteur.

Quelques-uns, et notamment les Allemands, ont soutenu que la paralysie générale est toujours d'origine syphilitique : opinion insoutenable. D'autres, tels que Coffin, ont admis la syphilis comme cause dans cette forme de paralysie générale, que l'on peut appeler précoce, qui survient de 25 à 30 ans.

M. le professeur Fournier admet une forme de paralysie générale qui n'est pas identique à celle que nous connaissons; il propose de l'appeler *pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique*.

Toute l'argumentation des partisans de la paralysie générale syphilitique se réduit, en définitive, à ce fait d'observation banale : la syphilis est fréquente chez les paralytiques.

Un auteur allemand, Mendel, a publié récemment une statistique dans laquelle, sur 118 cas de paralysie générale, où il avait eu des renseignements étiologiques exacts, il y en avait 90, c'est-à-dire 76 0/0, avec accidents secondaires de vérole. On voit la conclusion que l'on peut tirer de ces chiffres. Ont-ils cependant la valeur qu'on leur attribue?

Ne peut-il pas y avoir simple coïncidence, est-il raisonnable d'attribuer à la syphilis toutes les affections qui surviennent chez un syphilitique?

Du reste, la statistique est une arme à deux tranchants : si la précédente montre que la syphilis est très fréquente chez les paralytiques, en voici une autre qui tend à prouver que la paralysie est rare chez les syphilitiques. Le Dr Lewin déclare qu'à la Charité de Berlin, il a traité plus de 20,000 vénériens (12,000 femmes, 8,000 hommes). Sur ces 20,000 vénériens, il n'y en a pas 1 0/0 qui soit devenu aliéné, et parmi ce petit nombre d'aliénés, il n'y en a pas eu un seul paralytique. Dans ce service d'hôpital ont passé cependant les syphilis les plus graves. Pas une seule fois la syphilis tertiaire n'a pris la forme de la paralysie générale.

La syphilis cérébrale n'a pas de préférence pour le sexe ni pour l'âge. La paralysie générale, au contraire, n'apparaît guère que de 35 à 45 ans, et exceptionnellement chez la femme.

Quand on ouvre le crâne d'un paralytique, on trouve *invariablement* une méningite *généralisée*.

« La méningite syphilitique a pour caractère d'être *partielle*. » (Fournier, syphilis du cerveau.)

Le traitement, on le sait, est la véritable pierre de touche de la syphilis et l'on s'explique mal qu'une médication qui fait disparaître des lésions aussi graves qu'une gomme, une exostose, ne puisse rien sur la méningite du paralytique.

Chez un syphilitique paralytique général, si l'on institue un traitement spécifique, les accidents syphilitiques disparaissent rapidement, mais la paralysie générale continue son évolution. (Ici M. le Dr Christian cite huit observations venant à l'appui de cette dernière assertion.)

L'auteur croit donc conclure avec MM. Baillarger, Delasiauve, Lasègue, Westphal, etc., que la syphilis n'est pour rien dans la paralysie générale. Il lui accorde à peine un rôle très accessoire comme maladie constitutionnelle débilitante, comme source de chagrins, d'ennuis.

M. le Dr Christian admet, du reste, que l'encéphalopathie syphilitique si variable de formes, puisse simuler plus ou moins les symptômes de la paralysie générale véritable. Cela est si vrai que souvent elles marchent de pair sans se confondre chez le même malade et qu'à l'autopsie on trouve à côté de la méningite des paralytiques diverses lésions syphilitiques, telles que des gommes du cerveau ou des méninges.

L'auteur compare ces cas à celui de Gouguenheim où il s'agissait d'un sujet syphilitique mort dans son service, à l'Hôtel-Dieu annexe, de phtisie tuberculeuse. Dans le poumon droit de ce malade existait une infiltration tuberculeuse généralisée, tandis que, dans le poumon gauche, il y avait des gommes syphilitiques ramollies et suppurées. G.

---

## PARALYSIE GÉNÉRALE CHEZ UN SYPHILITIQUE.
(*Le Praticien*. Juillet 1880.)

Un cas de péri-encéphalite du service de M. le Dr Germain Sée fournit au professeur l'occasion de nous faire connaître son opinion sur les corrélations qui existent, suivant lui, entre la syphilis et la paralysie générale : « On a trop de tendance actuellement à syphiliser et à alcooliser tout le monde ; Ricord disait plaisamment : « La syphilis a pris une telle extension, qu'on lui a annexé la pathologie. »

Les syphilitiques ne sont pas à l'abri de la paralysie générale, et les deux affections, syphilis et paralysie générale, peuvent se rencontrer chez le même individu, tout en étant indépendantes l'une de l'autre.

G.

---

### Simulation des chancres de la verge.

*Dans quel but peut-on bien se faire, à cet endroit, une lésion destinée à simuler un chancre infectant?* — Ce fait se produit généralement chez des prisonniers qui veulent se faire porter à l'hôpital.

Quoi qu'il en soit, M. le Dr de Broeu, médecin militaire de première classe dans l'armée belge, signale ce procédé à l'attention des médecins.

Cette petite opération (celle qui crée une plaie pouvant en imposer pour un chancre), se pratique tout simplement avec un cigare allumé, une cigarette ou une pipe. La brûlure ainsi produite amène toujours la formation d'un exsudat plastique très abondant et portant une induration analogue à celle du chancre syphilitique, à cette différence près qu'elle est moins bien limitée et douloureuse.

L'adénopathie qui se produit parfois sous l'influence de cette brûlure est douloureuse également et n'atteint qu'un seul ganglion.

Puisque nous résumons cette note, il ne nous est pas permis de laisser passer sans la signaler l'erreur suivante que nous y trouvons : « Il existe encore un moyen, dit M. de Broeu, le doute persistant, de distinguer l'ulcère provoqué du chancre induré. Ce moyen est l'autoinoculation qui ne peut donner aucun résultat dans le cas de brûlure, *tandis qu'elle produira un chancre véritable chez l'homme affecté de syphilis.* »

Mais il nous avait toujours semblé que lorsqu'on voulait distinguer un chancre syphilitique d'un chancre simple, on faisait, dans certains cas, l'inoculation de ce chancre sur le sujet lui-même. A quoi servirait donc cette expérimentation si le chancre syphilitique, aussi bien que le chancre mou était autoinoculable? Le fait étant jugé depuis longtemps déjà, nous n'insistons pas davantage.

G.

---

### Forme singulière d'épilepsie syphilitique, par J. Charcot (*Gazette des Hôpitaux*, 1880).

Un malade, cocher de son état, venant se faire soigner à la consultation du professeur Charcot, le jeudi à la Salpêtrière, présentait une forme

d'épilepsie assez anormale. L'aura, chez lui, avait son point de départ dans le gros intestin. Il tombait du haut mal en allant à la selle, soit volontairement, soit inconsciemment. A cette première anomalie s'en joignaient d'autres : il avait perdu l'odorat, le sens génital ; il était devenu anesthésique de la jambe gauche, peu de temps avant qu'eussent apparu les premières attaques convulsives. Les épilepsies essentielles ayant généralement une physionomie plus régulière pour ainsi dire, M. Charcot porta ses investigations du côté de la syphilis et il acquit la certitude que ce malade avait eu la vérole quelques années auparavant. En conséquence, comme il le fait dans tous les cas de syphilis portant sur les centres nerveux, il institua ce qu'il appelle le traitement *d'assaut*, expression pittoresque par laquelle il veut peindre l'énergie que l'on doit apporter dans le déploiement des moyens d'attaque.

« C'est là, dit-il, une condition capitale pour réussir. Il faut agir rapidement, par grandes masses. L'iodure de potassium sera administré à doses considérables, de cinq à huit grammes par jour et on emploiera en même temps une pommade mercurielle dont on usera journellement de quatre à six grammes en frictions.

Au bout d'une quinzaine de jours de traitement, on s'arrête, et l'on se borne à prescrire alors l'iodure de potassium à doses modérées. Puis, quand le malade est remis du premier choc, on recommence. On obtient ainsi des résultats souvent très complets dans des cas où l'iodure de potassium à doses ordinaires restait inefficace depuis un temps indéfini. G.

---

Observation de syphilis larvée, lue à la Société de médecine de Paris, dans sa séance du 10 avril 1880, par M. Léon Blondeau. (Résumé.)

Dans cette observation il est question d'un jeune homme qui avait rapporté d'Égypte, où il avait habité longtemps, des accès de fièvre revenant sans périodicité régulière, plus ou moins souvent, tantôt le jour, tantôt la nuit, sans heure fixe, et durant plus ou moins d'heures. Ces accès s'annonçaient plutôt par un malaise général que par des frissons et s'accompagnaient d'une chaleur des plus pénibles ; le quinquina et l'arsenic avaient échoué contre cette fièvre ainsi que l'hydrothérapie et une cure à Vichy et à la Bourboule.

Le malade n'offrait aucun symptôme de cachexie palustre ; le foie, la rate, le cœur ne présentaient aucune modification pathologique.

Cet état durait depuis plusieurs années quand, à la suite d'un coup que le malade se donna en se heurtant contre un marbre de toilette, un abcès hématique se développa lentement à la région sincipitale. Cet

abcès opéré, guérit régulièrement, mais à quelques semaines de là il se reproduisit.

Déjà au premier abcès M. le professeur Guyon avait songé à une ostéopériostite syphilitique; cette récidive fit ranger M. Blondeau à cet avis et un traitement mixte fut institué malgré les allégations du malade qui niait absolument tout accident syphilitique. Il accusait seulement quelques ulcérations herpétiques du prépuce.

Sous l'influence du traitement, non seulement l'affection locale accidentelle céda rapidement, mais les symptômes fébriles que l'on avait longtemps pris pour des manifestations de l'intoxication paludéenne et combattus en vain comme tels, disparurent pour toujours.

*Discussion.*

M. Dubuc : Je ne crois pas que dans l'état actuel de la science on puisse admettre que la syphilis pénètre dans l'organisme sans laisser de trace de son passage ; la lésion initiale est parfois si légère que le malade ne s'en aperçoit pas ou ne s'en préoccupe pas, mais elle n'en existe pas moins.

M. Gillebert Dhercourt fils : Il n'est pas rare de voir évoluer la syphilis sans que l'accident primitif ait été découvert. Un malade se présenta à moi, portant une roséole caractéristique, et, sur ma question, m'affirmait qu'il n'avait eu aucun chancre. Je fis la recherche des ganglions, et comme la région inguinale n'en présentait pas, je cherchai ailleurs et je finis par découvrir l'ulcération primitive à la gencive de la mâchoire supérieure entre les incisives médianes.

Dans ce cas, si le chancre avait été guéri sans qu'un médecin l'ait vu, le malade aurait affirmé plus tard, n'avoir jamais eu de lésion initiale.

M. Blondeau : Sans vouloir contredire absolument l'opinion admise, je ferai remarquer cependant qu'on a pu inoculer la vaccine dans le sang lui-même, dans les veines, sans qu'il se soit produit d'accident local.

M. Dubuc : Je crois que dans la syphilis, il y a toujours une solution de continuité, une éraillure quelconque qui sert de porte d'entrée au virus.

M. Rougon : M. Blondeau tient-il au titre de son observation ? Il me semble que, dans son cas, la syphilis n'a pas été aussi larvée que le dit notre collègue. Il y a eu une fièvre syphilitique très marquée, phénomène sur lequel M. le professeur Fournier a insisté et qui est assez rebelle au traitement par les sulfates de quinine et de soude, c'est vrai ; mais enfin c'est une manifestation qui a été très remarquable dans ce cas, et en somme, l'affection ne me paraît pas mériter la dénomination de larvée.

M. Blondeau : Mon malade avait depuis cinq ans des accidents fébriles intermittents tout à fait analogues à ceux de l'impaludisme, ainsi que l'ont pu constater les éminents confrères qui l'ont vu avec moi, et nous n'en avons reconnu la nature que plus tard. Or, la fièvre syphilitique dont a parlé M. Rougon n'a pas une pareille durée ni surtout une pareille intermittence.

M. Blondeau : Je ne prétends pas qu'on prenne la syphilis comme on prend la variole ; mais la lésion initiale peut être si minime qu'elle passe tout à fait inaperçue.

M. Forget : Sans vouloir approfondir la question, je crois qu'il est difficile de nier que la vérole ne nécessite une lésion initiale. Quant aux faits qui semblent infirmer cette loi ; il se peut qu'on s'en soit laissé imposer. Pour en revenir au malade de M. Blondeau, il a présenté des ulcérations très fugaces sur le gland, et c'est ainsi que la syphilis est entrée dans l'organisme ; puis, sous l'influence des écarts de vie de ce jeune homme, se sont manifestés des accidents fébriles.

M. Duroziez : Puisque la fièvre intermittente est la cause qui a égaré l'opinion, j'aurais désiré des détails plus précis sur cette fièvre ; car une fièvre intermittente sans lésion de la rate, et qui dure quatre à cinq ans, présente quelque chose de bien singulier.

M. Blondeau : Ce qui paraît extraordinaire à M. Duroziez nous a également paru très anormal. Cette fièvre avait bien une allure assez irrégulière ; néanmoins, comme mon malade avait habité l'Egypte, il avait parfaitement pu y contracter quelque germe d'impaludisme qui se manifestait dès lors ainsi.

M. Dubuc : La conclusion à tirer de l'observation de M. Blondeau, c'est que, dans les cas de symptômes pouvant se rattacher à la syphilis, il faut essayer le traitement spécifique, même si le malade nie tout antécédent. A ce propos, j'ai vu l'an dernier, un cas intéressant. Il s'agissait d'un malade, un haut fonctionnaire de la province, qui vint me consulter en juin 1879, pour des lésions de la verge et du menton : l'affection consistait dans la lésion qu'on a désignée sous le nom de sycosis, c'est-à-dire qu'il y avait inflammation d'un nombre assez considérable de follicules pilo-sébacés avec sécrétion purulente et induration; sur le fourreau de la verge, il existait, au niveau de la face dorsale, deux ou trois petites ulcérations ayant l'aspcet des aphthes de la cavité buccale; le malade niait tout antécédent syphilitique, et les lésions n'avaient, ni au menton ni sur le fourreau de la verge, les caractères objectifs des éruptions syphilitiques. Je prescrivis au malade, outre le traitement local, du bicarbonate de soude à l'intérieur, parce qu'il était de constitution rhumatismale.

Je le revis au mois d'octobre suivant; il m'avoua qu'entraîné par ses occupations, il ne s'était guère soigné. Les lésions du menton avaient gagné en étendue; la lèvre inféricure se trouvait prise; les ulcérations du fourreau de la verge étaient guéries, mais elles étaient remplacées par d'autres beaucoup plus larges qui occupaient la face cutanée du prépuce avec décollement des bords et marche serpigineuse. Je proposai de prendre l'avis de notre confrère, M. E. Besnier, médecin de Saint-Louis, ce qui eut lieu. M. Besnier me dit : Votre malade nie tout antécédent syphilitique ; en outre, les lésions qu'il présente n'ont pas les caractères objectifs habituels des syphilides ; peu m'importe ; il serait difficile de les rattacher à un état constitutionnel autre que la syphilis; je conseille un traitement spécifique composé de liqueur de Van Swieten, et d'iodure de potassium à haute dose.

Ce traitement fut suivi avec une grande régularité; au bout de trois semaines, l'amélioration était considérable; au bout de six semaines, la guérison était à peu près complète. J'ai revu le malade au commencement de janvier 1880 ; la guérison était entière. Je l'ai revu plus tard en avril; elle ne s'était pas démentie.

Ainsi, voilà un malade intelligent et très soigneux : il ne se rappelle aucun antécédent syphilitique ; les lésions qu'il présente n'ont pas tous les caractères objectifs habituels des éruptions de cette nature ; nous lui donnons le traitement spécifique et nous le guérissons. Nous en concluons naturellement que nous avons marché dans la bonne voie. Eh bien, c'est une conduite qu'on devra souvent tenir dans la pratique.

M. Lolliot : Je ne sais pas jusqu'à quel point le diagnostic porté par M. Blondeau, dans ce cas, a été bien justifié; car, en somme, il n'y a pas eu d'autre lésion que l'ostéo-périostite que l'on rencontre ailleurs que dans la syphilis.

M. Blondeau : J'ai attendu très longtemps, de façon que la guérison fût bien confirmée, avant de vous soumettre le cas : or, puisque le malade a guéri par le traitement antisyphilitique par excellence, c'est qu'il avait la syphilis. J'ai vu un jour, avec Trousseau, un malade présentant des signes manifestes d'induration pulmonaire. On le crut phtisique et on l'envoya aux Eaux-Bonnes d'où il revint plus souffrant. Plus tard survinrent des accidents sur la nature desquels il n'était plus permis de se tromper. On institua un traitement antisyphilitique, et les accidents pulmonaires et autres disparurent. Là encore le traitement a révélé la nature du mal.

M. Lolliot : La périostite ne me paraît pas un accident suffisant pour justifier le diagnostic porté par M. Blondeau. Je ferai remarquer d'ailleurs

que la périostite a guéri une première fois spontanément, ce qui me paraît diminuer la portée de la prétendue action curative exercée plus tard par le traitement antisyphilitique.

M. Gillebert Dhercourt fils : La syphilis n'est pas douteuse; car M. le docteur Blondeau nous a dit que le petit phlegmon présentait une forme arrondie et déprimée au centre, avec rebords saillants tout autour. — Or, c'est bien là la forme de la gomme, et la syphilis seule donne lieu à une lésion semblable. G.

---

Mixture dentifrice. (*Progrès médical et Journal de médecine et chirurgie prat.*, 1880.)

Pour prévenir le développement d'une stomatite mercurielle dans le cours de la médication antisyphilitique, M. Jules Simon recommande aux malades de se rincer les dents et de se gargariser soir et matin et après chaque repas avec de l'eau chaude chargée de la mixture suivante, dont la formule est indiquée par le *Progrès médical :*

| | | |
|---|---|---|
| Eau de Botot artificielle...... | 200 | grammes. |
| Alcoolature de cochléaria.... | 10 | — |
| Teinture de quinquina....... | 8 | — |
| Teinture de cachou......... | 4 | — |
| Teinture de benjoin......... | 2 | — |

Si, malgré ces soins, un peu de stomatite se déclarait, on trouverait dans le chlorate de potasse un remède certain; on prescrirait alors à l'intérieur une potion contenant 4 grammes de chlorate de potasse, et en même temps un collutoire, avec 10 grammes de chlorate pour 30 grammes de glycérine. G.

---

Impétigo et syphilis infantile. Traitement par la liqueur de Fowler Parrot. (*Le Praticien*, 1880.)

Un jeune enfant du service du professeur PARROT à l'hôpital des Enfants assistés, est atteint, à la fois d'eczéma impétigineux et de syphilis héréditaire : les deux diathèses évoluent chez lui simultanément. Il n'en est pas toujours ainsi, et parfois on peut assister à une véritable transformation de la syphilis en dartre. Il survient des manifestations cutanées intermédiaires, ce n'est plus de la syphilis, ce n'est pas encore de la dartre franche. Ces formes sont tout particulièrement rebelles au trai-

tement; les mercuriaux n'agissent plus, l'iodure de potassium est impuissant et les arsenicaux n'ont pas encore d'efficacité.

Chez le jeune enfant qui fait le sujet de cette observation, il existe au contraire, des manifestations cutanées des deux diathèses avec leurs caractères particuliers. M. Parrot prescrit la liqueur de Fowler qui est la préparation arsenicale la plus facile à manier et la mieux supportée par les enfants. Ce médicament agit assez vite en général, on le donne à la dose d'*une goutte* dans les quatre premiers mois de l'existence. Cette goutte ne sera pas prise en une seule fois, on la met dans un verre à liqueur (20 gr.) d'eau sucrée, et on la fait prendre en deux ou trois fois par jour avant de mettre l'enfant au sein ou de lui donner son biberon. Cela vaut mieux que de mélanger le médicament au lait du biberon ainsi qu'on le fait quelquefois, car alors on ne sait pas exactement quelle est la dose du médicament qui a été prise, l'enfant ne vidant pas toujours complètement son biberon. G.

---

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS HÉPATIQUE, par RENDU. (*Union médicale*, 1880.)

L'iodure de potassium paraît le remède le plus efficace contre les engorgements hépatiques liés à la syphilis. On en prescrit 1 gramme par jour au début, et on arrive progressivement à 3 et 4 grammes. Si le malade est cachectique, qu'il y ait de la diarrhée, de l'œdème des jambes, on associe à l'iodure de potassium, l'iodure de fer et les préparations du quinquina. Quant à la médication mercurielle, on y a recours : 1° quand l'iodure de potassium est mal supporté; 2° quand l'état général est mauvais et qu'il est urgent de modifier rapidement l'économie. Dans ce cas, on recommande les frictions hydrargyriques sous les aisselles, sur l'abdomen ou aux aines, en s'arrêtant à temps pour éviter la salivation. Pour activer les fonctions de la peau, on conseille des douches chaudes, suivies d'une douche froide très courte sur toute la surface du corps, et particulièrement sur la région du foie. Les eaux thermales que l'on peut recommander sont celles de Luchon, d'Aix, de Barèges, de Néris, de Plombières, de Dax et de Bourbon-Lanay. N. G.

---

Variétés du chancre syphilitique. — Traitement des plaques muqueuses, par M. le professeur Fournier. (*Journal de méd. et ch. pratiques*, 1880.)

Ce que l'on a décrit sous le nom de *chancre sec* n'existe pas, l'érosion étant l'une des attributions du chancre syphilitique que l'on peut considérer comme ne manquant jamais. Les attributs habituels du chancre syphilitique peuvent faire défaut en partie et c'est ce qui crée les difficultés du diagnostic ; ainsi, l'induration elle-même peut manquer, comme cela se produit dans le chancre dit *foliacé*. Le chancre peut être *multiple*, ce fait se présente surtout chez la femme. On a vu 19 chancres sur un homme qui avait été frotté pour la gale (Lallier); une autre fois, chez un homme, 18 chancres à la verge (Fournier), et, chez une nourrice, 23 chancres sur le sein (Fournier).

D'autres fois, il est modifié et présente les variétés : *lenticulaire*, *herpétiforme ;* il mérite quelquefois le nom de *chancre nain*. La variété *ulcéreuse* est la plus importante ; là il est ulcéré, mais ses bords ne sont jamais escarpés ni décollés. Dans certains cas, il est évidé en godet, en cupule : *chancre cupuliforme*. Quand les bords sont relevés, on lui donne le nom de *chancre en lampion*. Lorsqu'il semble encadré, on le nomme *chancre en médaillon*. Quelle que soit la variété, la cicatrice qu'il laisse est souvent inappréciable.

Sa coloration peut être modifiée et il en naît d'autres variétés. Ainsi, on appelle *chancre pétéchial* celui dont la surface est modifiée par de petites hémorragies, *chancre en cocarde* celui qui est formé de zones diversement colorées (zones extérieure et centrale rouge, zone intermédiaire blanche). La surface peut être *livide*, surtout dans la grossesse.

Le chancre extra-génital peut être considéré comme une variété; les plus fréquents siègent sur les *lèvres*, la *langue*, la *face*, le *sein*, le *doigt*, l'*anus* et plus rarement sur les *amygdales*, les *gencives*, le *palais*, les *paupières*, les *oreilles*, le *tronc* et même le *sinciput* (Ricord), le *mollet* (Fournier). Dans le cas de Ricord, il s'agissait d'un homme qui faisait lit commun avec un syphilitique. Le chancre du mollet, observé par M. Fournier, a été contracté dans des circonstances qui méritent d'être rapportées. Il survint chez une femme qui, dans un repas, avait été blessée par un éclat de verre. Craignant, en raison d'une vive douleur, qu'un fragment ne fût resté dans la blessure, elle accepta l'offre d'un convive qui proposa de pratiquer la succion de la plaie pour en extraire le corps étranger. L'opérateur complaisant avait à ce moment des syphilides buccales, ce qui explique l'apparition du chancre quarante jours après.

M. Fournier est d'avis que lorsque l'on est certain que l'on a affaire au chancre syphilitique, *et seulement dans ce cas,* on doit commencer le traitement. On s'attaque ainsi à la diathèse plutôt qu'aux accidents.

Le traitement des plaques muqueuses en tant que traitement local consiste en lavages répétés 3 ou 4 fois par jour avec la solution suivante que l'on peut parfumer, au besoin, pour la rendre plus agréable :

| | |
|---|---|
| Eau simple.............. | 250 grammes |
| Liqueur de Labarraque .... | 60 — |

On recouvre ensuite les plaques d'une poudre inerte et d'un tampon d'ouate.

Les plaques muqueuses ulcérées sont plus rebelles; elles cèdent cependant aux solutions de nitrate d'argent au 150° ou au 100° et à l'iodoforme.

Les syphilides buccales se traitent d'abord par les soins hygiéniques (interdire l'usage du tabac) et par le nitrate d'argent ou mieux par le nitrate acide de mercure que l'on doit employer de la façon suivante : Après avoir entouré d'ouate serrée le bout d'un porte-mèche, on prend du liquide, puis on l'essuie avec une compresse. Après avoir eu soin de prendre cette dernière précaution, on cautérise légèrement les points ulcérés et le malade se gargarise aussitôt après. Attendre cinq ou six jours avant de renouveler l'attouchement.

Dans les cas légers le nitrate d'argent suffit. G.

---

PLAQUES OPALINES PROFESSIONNELLES DE LA BOUCHE DES SOUFFLEURS DE VERRE, par le Dr GUINAND (de Rive-de-Gier). (*Lyon médical*, 1880.)

Les souffleurs de bouteilles, au bout d'un certain nombre d'années, présentent deux plaques opalines sur la face interne des joues au niveau de l'embouchure du canal de Sténon. L'auteur a exclusivement constaté la présence de ces plaques opalines chez les souffleurs. On pourrait au premier abord prendre ces lésions professionnelles pour des syphilides muqueuses. Voici quelles sont la marche et le mécanisme de cette altération.

Au début, on remarque des arborisations vasculaires autour du canal de Sténon et surtout au-dessus de ce canal. Après deux ans environ, la muqueuse prend une teinte blanc laiteux; l'épiderme se plisse et se ride. Les bords de l'embouchure du canal de sténon deviennent rouges et saillants au milieu de la plaque. Chez les vieux souffleurs, les plaques

sont blanchâtres, épaisses et assez semblables à celles que produirait une forte cautérisation au nitrate d'argent.

La muqueuse est déprimée au niveau de ces plaques et les lésions sont plus accentuées d'un côté lorsque l'ouvrier a l'habitude de porter sa *canne* de ce côté.

Ces plaques sont produites par les pressions riétérées exercées sur les parois buccales. A l'aide d'un petit manomètre adapté sur la canne, le Dr Guinand a constaté que cette pression équivalait à 60, à 90 millimètres de mercure, et, dans certains cas, à plus de 100 millimètres. On conçoit très bien la production de cette affection si l'on tient compte de ce fait que cette pression se renouvelle de 600 à 700 fois par jour.

Les plaques opalines des souffleurs de verre ont été observées par l'auteur chez des individus qui ne fumaient pas; on ne peut donc dire qu'elles sont dues à l'irritation produite par l'abus du tabac. Elles disparaissent chez les jeunes ouvriers, après quelques mois de chômage, mais chez les vieux verriers, elles persistent.

Leur symétrie et leur situation les distinguent au premier abord des plaques muqueuses syphilitiques. On se rappellera encore qu'elles appartiennent exclusivement aux souffleurs de verre. G.

---

Discussion sur la syphilis dentaire. — Congrès scientifique de l'Association française pour l'avancement des sciences. — Session de Reims, août 1880. (*Gazette hebdomadaire.*)

M. Parrot fait une communication sur la *syphilis dentaire* et présente un grand nombre de pièces pathologiques et de moulages.

La lésion dentaire qu'il étudie a été décrite par Lauchard sous le nom d'*érosion dentaire*, qui lui est resté ; plus tard Hutchinson a indiqué un rapport entre cette érosion dentaire et la syphilis; mais pour lui, ce rapport n'était qu'indirect, car l'auteur croyait la lésion causée par le traitement mercuriel.

Avant d'insister sur l'étiologie qui constitue la partie la plus importante de sa communication, M. Parrot expose les caractères anatomiques de la lésion.

C'est surtout l'altération de l'émail qui est frappante ; elle se présente sous deux formes. Dans l'une, l'émail est plâtreux, mat, friable, non adhérent à la dentine; dans l'autre forme, l'émail est surtout craquelé. Ces altérations de l'émail s'accompagnent souvent d'altérations de la dentine.

M. Parrot a surtout étudié les lésions de la première dentition : en examinant les dents dans les alvéoles, il a constaté que les dents surtout atteintes étaient les canines et les secondes prémolaires; les incisives médianes sont presque toujours intactes. On a beaucoup plus étudié les altérations de la seconde dentition ; les premières molaires définitives sont alors toujours atteintes et beaucoup plus profondément que les autres. La hauteur de la lésion est considérable : dans quelques cas, elle peut atteindre 7 millimètres.

Souvent à la lésion dentaire se joint la maladie osseuse ; on observe alors une altération du maxillaire qui donne à cet os l'apparence des barres du cheval.

La question étiologique est traitée à fond par M. Parrot ; nous en présenterons ici les points essentiels. Plusieurs opinions ont été émises au sujet de la cause de l'érosion dentaire :

1° Pour les anciens auteurs (Fauchard, Fournier, etc.), l'érosion dentaire était en rapport avec certaines affections de l'enfance, notamment avec les fièvres éruptives, les pyrexies en général.

2° On a aussi beaucoup insisté, autrefois, sur la scrofule, et récemment Castagnier, dans une thèse soutenue en 1874, a de nouveau affirmé cette étiologie ; pour M. Parrot, l'observation de M. Castagnier a trait non à un cas de scrofule, mais bien à une syphilis héréditaire.

3° On a invoqué le rachitisme, et M. Nicati, dans un travail tout récent publié par la *Revue mensuelle*, insiste de nouveau sur cette cause.

4° Enfin, l'opinion qui a été surtout défendue est celle de M. Magitot, qui attribue l'érosion dentaire aux convulsions de l'enfance. On a tout dernièrement formulé cette opinion en disant : Il n'y a pas de dents syphilitiques, mais des dents éclamptiques.

M. Parrot s'attache surtout à réfuter cette dernière étiologie : il a montré tout à l'heure que la lésion, surtout quand elle était continue (comme elle l'est presque toujours sur la première molaire), pouvait atteindre une hauteur de 7 millimètres. Or, quand on étudie la durée de l'évolution dentaire, on voit que, pour produire une lésion de cette étendue, il faudrait que les convulsions eussent agi pendant vingt et un mois consécutifs : ceci suffit à ruiner, dit M. Parrot, l'étiologie invoquée par M. Magitot. De plus, la lésion est systématique, point important à considérer dans la discussion. Il n'a point à discuter le rachitisme, parce que pour lui, c'est une phase de l'évolution de la syphilis héréditaire ; il l'admet, mais avec cette réserve.

M. Parrot insiste ensuite sur les raisons qui lui font admettre la syphilis héréditaire comme cause générale unique de l'érosion dentaire.

On retrouve chez les sujets qui présentent cette lésion les modifications de la forme du crâne, les taches aux lieux d'élection, les altérations osseuses spéciales des maxillaires. Les maxillaires les plus profondément atteints, présentant le plus grand nombre d'ostéophytes sous-périostiques, sont aussi ceux qui contiennent les dents les plus gravement lésées; il y a un rapport évident entre les lésions osseuses et les troubles nutritifs de la dent en évolution. La syphilis héréditaire évolue pendant la vie intra-utérine et continue pendant deux ou trois ans. Cette évolution coïncide précisément avec l'époque à laquelle la dent se coiffe de dentine et d'émail. Si les dernières molaires ne sont pas prises, c'est que la syphilis a terminé son évolution quand les premières molaires se forment.

Au point de vue de l'application pratique, cette détermination de l'étiologie de l'érosion dentaire a la plus grande importance; on peut ainsi faire les diagnostics posthumes les plus certains.

M. Parrot ajoute qu'au point de vue de l'anthropologie, les faits qu'il signale présentent aussi un interêt spécial : ils appórtent un argument nouveau en faveur de l'ancienneté de la syphilis; on a trouvé, en effet, des dents qui présentent l'érosion spéciale sur des crânes préhistoriques.

M. Magitot défend l'opinion qu'il a émise au sujet des rapports entre l'érosion dentaire et l'éclampsie infantile. Il rappelle qu'il a défini l'*érosion* « un sillon net, transversal, simple ou multiple, occupant une hauteur différente suivant l'âge auquel la lésion s'est produite ». Il faut, dit-il, pour déterminer un sillon brusque et tranché, une influence agissant brusquement. Il accorde volontiers que l'attaque elle-même, en tant que période convulsive, durerait un temps insuffisant pour produire un sillon; mais il admet que la cause générale, la perturbation nerveuse qui provoque l'attaque, agit avant et continue d'agir après celle-ci; elle peut ainsi produire des troubles nutritifs dont la lésion dentaire est l'un des résultats. G.

---

Contribution a l'étude de la laryngite syphilitique, par E.-J. Moure, (de Bordeaux). (*France médicale*, 1880.)

L'auteur qui a fait, l'an dernier sur la syphilis et la phtisie laryngées une très bonne thèse, vient d'adresser à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, une communication que le *Journal de médecine* de cette ville a reproduite.

M. Moure fait d'abord l'historique de cette question encore très mal connue. Il conserve les dénominations de *laryngites secondaires* et *tertiaires* qui permettent de classer dans un premier groupe les accidents rapprochés de la période d'invasion, tels que l'érythème, les plaques muqueuses, les paralysies, et dans un second groupe des affections qui sont l'indice d'une affection invétérée, telles que les ulcérations, les gommes, les caries, les nécroses. L'érythème de la période secondaire, même sans traitement, ne dépassera qu'exceptionnellement les limites de la rougeur, tandis que, à une époque plus éloignée de l'infection syphilitique, il ne sera que le début d'une lésion plus grave. Les accidents secondaires ne laissent aucune trace de leur passage, aucune cicatrice; ils ne sont cependant pas toujours sans gravité, l'œdème ou le gonflement inflammatoire pouvant venir compliquer une lésion en apparence bénigne et la rendre rapidement mortelle.

Dans ce travail se trouvent deux observations. Dans la première, il s'agit d'un homme de 33 ans, présentant une ulcération du repli thyro-aryténoïdien droit. L'aspect, la forme et même le siège de cette lésion donnaient lieu de penser tout d'abord à une manifestation de la diathèse tuberculeuse. Le diagnostic fut fait d'après les antécédents spécifiques du malade et d'après la localisation de la lésion en un seul point de l'organe vocal; il est extrêmement rare, en effet, de trouver dans la phtisie laryngée une lésion unique aussi bien limitée.

Un second point important de cette observation, c'est la douleur à la pression et à la déglutition qu'a présentée ce malade. D'après certains auteurs, il est presque de règle que les ulcérations syphilitiques soient indolores. Telle n'est pas l'opinion de M. Moure; le siège de l'ulcère à la partie postérieure du repli aryténo-épiglottique, suffit pour expliquer la présence de ce symptôme que l'on doit retrouver à un degré plus ou moins considérable toutes les fois que l'ulcération n'est pas entièrement intra-laryngée.

Près de 6 mois avant l'ulcération de la bande ventriculaire droite, ce malade avait présenté une paralysie des constricteurs du larynx du côté gauche. Plusieurs faits de ce genre ont déjà été publiés. Dans ses conférences de laryngoscopie faites à l'hôpital du Gros-Caillou, M. Libermann a cherché à établir que les paralysies d'origine syphilitique sont toujours unilatérales et frappent le plus souvent la corde vocale gauche, conclusion qui semble confirmée par les faits encore peu nombreux publiés jusqu'à ce jour.

Le second malade dont M. Moure rapporte l'histoire est un jeune homme de 27 ans, atteint de plaques muqueuses du larynx. Dans ce cas, la cause occasionnelle qui a déterminé la localisation de la syphilis

sur le larynx est la fumée de tabac chez un malade déjà atteint d'angine spécifique. Cette laryngopathie, survenue cinq mois et demi après l'infection primitive, a cédé à l'influence combinée du traitement général et du traitement local. Ce dernier a consisté en attouchements des plaques avec une solution iodée et avec des solutions de nitrate d'argent à 1/10 et à 1/40, topiques qui ont paru à M. Moure mériter la préférence dans les accidents de cette nature. A. Ch. G.

---

## MALADIES VÉNÉRIENNES.

---

### Traitement de la blennorrhée par l'irrigation de l'urètre, par le Dr Harrison. (*Lyon médical.*)

Lorsqu'on aura tout essayé en vain, on pourra tenter ce procédé original, sinon efficace, décrit dans *The Lancet,* par le Dr Harrison. Pour cet auteur, l'existence d'un suintement urétral est la preuve qu'un rétrécissement du canal est en train de se former. Le but de son traitement est autant de prévenir ce rétrécissement que de guérir la *goutte militaire.*

L'examen endoscopique montre que l'irritation d'où procède le suintement siège au niveau des portions bulbeuse et membraneuse de l'urètre, les injections ordinaires ne peuvent donc atteindre une région située si profondément ni guérir l'inflammation chronique dont elle souffre, pas plus qu'un gargarisme n'a guéri une bronchite chronique, par exemple. Les femmes ne guérissent de la leucorrhée que parce que les surfaces malades peuvent facilement être atteintes et modifiées.

M. Harrison fait introduire dans l'urètre, deux ou trois fois par jour, par le malade, une petite sonde en caoutchouc ou en gomme élastique, de 16 centimètres de longueur environ. Au moyen de cette sonde et d'un appareil aspirant et foulant en caoutchouc, le patient fait passer par son canal, et « en retour » une solution astringente. La solution que recommande l'auteur s'obtient en faisant dissoudre une demi-cuillerée à thé de sulfo-phénate de zinc dans une pinte d'eau. G.

---

De l'emploi du permanganate de potasse en thérapeutique, en particulier dans le traitement de la blennorrhagie, par M. le Dr Bourgeois. (*Bull. gén. de thérap.*, 1880.)

1° *Traitement de la blennorrhagie aiguë.*

Après avoir calmé les douleurs par les bains et les émollients, le Dr Bourgeois prescrit les injections suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| Permanganate de potasse | 5 | centigrammes |
| Eau | 150 | grammes. |

Faire trois injections par jour.

2° *Traitement de la blennorrhagie chronique.*

Au début du traitement, on peut employer la solution formulée ci-dessus ; puis, au bout de huit à dix jours, on réduira la quantité d'eau de 150 à 100 grammes. Au bout de quelques jours, on portera la solution à 10 centigrammes pour 150 grammes d'eau. Cette dose ne doit pas être dépassée. Le traitement doit être suivi avec persistance pendant un mois (trois semaines au minimum).

Les injections doivent être poussées aussi loin que possible dans le canal, en ayant soin, toutefois, de ne pas pousser le liquide injecté jusque dans la vessie.

Chez la femme, le permanganate de potasse pourrait rendre également de grands services dans les affections blennorrhagiques de l'urètre, du vagin ou du col utérin.

L'auteur a obtenu des résultats très satisfaisants dans plus de 100 cas, tant de blennorrhagies aiguës que de blennorrhagies chroniques.

Gibier (de Savigny),
Interne à l'hôpital du Midi.

---

Emploi thérapeutique de l'iodoforme. (*Journal de pharmacie et de chimie.*)

D'après le Dr Lindemann, le baume du Pérou masque complètement l'odeur de l'iodoforme ; deux parties de ce baume neutralisent parfaitement une partie d'iodoforme. Les meilleurs véhicules sont l'axonge, la glycérine et surtout la vaseline.

Voici une formule que recommande l'auteur :

| | |
|---|---|
| Iodoforme.................. | 1 partie. |
| Baume du Pérou............ | 3 parties. |
| Vaseline..................... | 8 parties. |

Il prescrit encore souvent la suivante :

| | |
|---|---|
| Iodoforme.................. | 1 partie. |
| Baume du Pérou............ | 3 parties. |
| Alcool, glycérine ou collodium. | 12 parties. |

On mélange d'abord, bien exactement l'iodoforme et le baume du Pérou, puis on ajoute les autres ingrédients. G.

---

FORMES CLINIQUES, PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DE LA RÉTENTION D'URINE DANS LE COURS DE LA BLENNORRHAGIE, par CH. MAURIAC. — Leçon recueillie par GUIARD, interne des hôpitaux. (*Progrès médical*, 1880.)

Après avoir cité une intéressante observation de rétention d'urine, le professeur aborde la partie descriptive de la question. Nous résumons les points principaux qui y sont traités.

La rétention d'urine survient dans le cours de la blennorrhagie non pas dans les premiers jours, quand l'inflammation est limitée à la portion spongieuse, mais plus tard, quand elle a gagné les parties profondes du canal. A ce moment, l'écoulement est le plus souvent séreux ou muco-séreux plutôt que purulent et il est médiocrement abondant. La rétention survient le plus souvent sous l'influence d'une cause occasionnelle, coït, fatigue, excès, cependant on la voit se produire sans cause appréciable.

Cette complication se présente sous deux formes différentes :

1° *Rétention d'urine instantanée et complète.* — Malgré ses efforts et les situations bizarres qu'il prend, le malade ne peut plus uriner. Les souffrances, au début très vives, s'atténuent plus tard au bout de plusieurs jours au point que l'on a pu méconnaître la véritable nature de l'affection. Au surplus, on a tous les signes physiques de la rétention : tumeur hypogastrique, etc.

2° *Rétention d'urine progressive et incomplète.* — La dilatation vésicale ne s'effectue que peu à peu, le malade éprouve des *coliques vésicales* très vives, la rétention devient absolue ou le malade urine par un regorgement douloureux. — Les douleurs ont pour foyer principal l'hypogastre et le périnée, avec irradiation ano-urétrales qui vont jusqu'à l'extrémité du gland où le malade rapporte souvent l'obstacle à l'excrétion.

*Pathogénie.* — Ici l'élément nerveux est surtout en jeu ; c'est lui qui excite la *contraction spasmodique* et produit une sorte de *tétanie urétrale.*

Il est à remarquer que le phénomène pathologique ne diffère pas ici de ce qu'il est dans d'autres organes : l'inflammation urétrale plus ou moins aiguë ou chronique siège au moment où se produit la rétention, dans un point du canal, riche en fibres musculaires. Les muscles de Reissessen, dans les bronches, se spasmodient sous des influences analogues dans le catarrhe suffocant. La laryngite striduleuse nous offre une pathogénie semblable, etc. Aussi je crois pouvoir nommer ce genre *blennorrhagies spasmodiques.*

Les urétrorrhées catarrhales profondes, même bénignes s'accompagnent souvent de rétention d'urine. La prostatite est également une de leurs complications habituelles, déterminant elle-même la rétention d'urine.

*Traitement.* — On doit commencer par explorer la prostate : si elle n'est pas volumineuse, le cathétérisme ne présentera aucune difficulté. Lorsque la vessie est distendue, on doit tout d'abord pratiquer le *cathétérisme évacuateur.* On le fait avec une sonde en gomme n° 10 ou 12 à bec un peu coudé. Les tentatives doivent être très douces. Si on ne peut pénétrer avec une sonde molle, on emploie la sonde en argent en ayant soin de la chauffer pour ne pas augmenter le spasme réflexe au contact du métal froid.

Dans les cas où la rétention s'établit progressivement, on recourt à une *médication tout à la fois calmante et antiphlogistique.* — Il faut faire appliquer dès le début 15 ou 20 sangsues au périnée. — Plonger le malade, pendant une heure ou deux, dans un bain tiède. Si le malade n'a pas uriné dans le bain, on lui donne un lavement d'amidon fortement laudanisé. On lui applique enfin des cataplasmes chauds et très humides sur toute l'étendue du périnée.

Si ces moyens échouent, on doit pratiquer le cathétérisme. G.

---

## REVUE ETRANGÈRE.

### DERMATOLOGIE.

Reise-Erinnerungen aus Paris und London (Briefe an den Chef-Rédacteur der *Wiener Mediz. Presse.*) Von Dr Eduard Schiff, in Wien.

Souvenirs d'un voyage a Paris et a Londres (Extr. de lettres adressées au rédacteur en chef de la *Wien. Mediz. Presse*), par le Dr Édouard Schiff, de Vienne.

Il y a toujours intérêt, pour celui qui aime la vérité, à connaître le jugement porté sur les choses et les hommes de sa profession par un visiteur étranger; cet intérêt s'accroît encore quand le visiteur est un confrère compétent, impartial et distingué, comme l'auteur des lettres adressées au rédacteur en chef de la *Wien. Mediz. Presse.*

C'est pourquoi je m'empresse d'extraire de ces lettres la partie qui concerne spécialement notre hôpital Saint-Louis, et d'en donner la traduction intégrale (2); à cet extrait j'ajouterai quelques notes rectificatives ou complémentaires que les lecteurs français ne me pardonneraient pas d'avoir omises. L'auteur, en effet, dans le court espace de temps qu'il a pu consacrer à son étude de notre vie hospitalière n'a pu tout voir, et a pu voir certaines choses imparfaitement, sous l'influence d'idées internationales préconçues, qu'il faut à présent abandonner.

Mes annotations et rectifications ne visent pas seulement, est-il nécessaire de le dire, mon propre service d'hôpital, et elles sont applicables aux services de mes collègues; mais il est également inutile d'ajouter que, les formulant en mon nom personnel, j'en conserve seul la responsabilité.

Ernest Besnier.

« Au retour d'un voyage de plusieurs mois aux métropoles de l'Europe occidentale, je me rends, Monsieur le rédacteur en chef, à l'aimable invitation que vous voulez bien me faire, de communiquer mes impressions à vos lecteurs, et cela d'autant plus volontiers que je m'étais, en partant, imposé la tâche, non seulement d'examiner de près les institu-

(1) La revue dermatologique des travaux allemands n'a pu être, à cause de son étendue, insérée dans ce numéro ; elle sera reportée au suivant.

(2) Traduction par le Dr Kuhff.

tions médicales des pays que j'allais parcourir, mais aussi de les comparer avec les nôtres. Je me crois en mesure de vous donner un tableau succinct, mais exact, de la vie médicale moderne de ces villes.

« Vous comprendrez aisément que quelques semaines, si bien employées qu'elles fussent, n'auraient pas suffi, pour chacune des deux grandes villes de l'Ouest, à me renseigner sur toutes les branches d'une science aussi étendue que la nôtre. Aussi me suis-je, de préférence, adonné à ce qui se rapporte à la dermatologie et à la syphilologie, dont j'ai fait depuis des années ma spécialité et mon étude favorite. Ma première étape a été Paris, et je me suis rendu tout d'abord à l'hôpital Saint-Louis. Quel est le dermatologiste qui ne connaisse, au moins de nom, cet établissement unique en son genre ? Cet hôpital se compose d'un ensemble de bâtiments séparés par des cours, et renfermant en tout 823 lits presque toujours tous occupés; 637 d'entre eux sont réservés aux seules maladies de la peau ; 28 appartiennent au service d'accouchements et le reste est destiné à des services de chirurgie, dirigés par Péan et par Le Dentu. On donne, en outre, environ 200 consultations par jour aux malades du dehors, dans la *salle de consultations*, de 9 à 11 heures du matin.

« Les lits destinés aux maladies de la peau sont répartis entre six chefs de service. Chacun de ceux-ci fait un jour par semaine la consultation externe, et consacre les autres jours de cette semaine à la visite clinique. Pendant les deux dernières années, les six chefs de service ont fait une série de leçons théoriques avec démonstrations pratiques ; ces messieurs se sont entendus pour faire ces leçons en alternant de jour en jour, de manière à permettre aux étudiants de choisir le maître dont l'enseignement leur agrée. Ces six chefs de service portent les noms suivants, qui sont bien connus et appréciés : Ernest Besnier, Hillairet, Lailler, E. Vidal, Guibout et A. Fournier. Aux leçons théoriques on ne présente pas de malades, mais on fait servir aux démonstrations pratiques les préparations en cire magistralement exécutées par Baretta, préparations qui imitent fidèlement la nature, et qui, n'ayant jamais été surpassées et ne pouvant pas l'être, ont fait justement la réputation universelle du Musée de l'hôpital Saint-Louis (1). On ne fait de démonstrations *in vivo*

(1) Nous ne saurions trop exprimer à l'auteur notre reconnaissance de l'hommage quil rend si amplement à notre grand artiste, Baretta, dont le talent égale la modestie ; les services de tout ordre qu'il a rendus à la dermatologie et à l'enseignement, par ses magnifiques et inaltérables reproductions, sont reconnus hautement par tous les médecins qui ont visité le Musée de l'Hôpital Saint-Louis. Bien plus, un très grand nombre de ses pièces sont reproduites par lui pour les Musées étrangers et étendent ainsi considérablement le cercle de son utile intervention; grâce à elles, l'unité clinique internationale, si désirable, pourra être singulièrement facilitée. E. B.

qu'à l'occasion des visites cliniques et à la consultation externe (1). La visite clinique est toujours faite le matin par chaque chef de service, d'après un programme fixé d'avance et scrupuleusement observé.

« Parlons des leçons elles-mêmes. J'ai entendu, non seulement les coryphées de l'école de Vienne, mais aussi ceux de maintes universités allemandes, et je dois avouer que j'ai été littéralement ébloui de l'éclat de la rhétorique des professeurs français. On est involontairement conduit à des comparaisons avec les agissements de nos professeurs allemands, et il est clair que celles-ci ne sont pas à l'avantage de ces derniers. C'est véritablement dommage que l'on ne veuille plus accorder dans nos Ecoles secondaires (lycées et collèges) à l'art de bien dire ces soins que l'on donnait autrefois chez nous, et que l'on donne encore aujourd'hui à si haut degré en France !

« Une autre particularité qui m'a vivement frappé, moi, un adepte des vues modernes naturalistes et quelque peu sceptiques, c'est le doctrinarisme dont les professeurs français font montre avec quelque ostentation quant à leurs propres théories, ainsi que leur optimisme thérapeutique (2). Il est vrai, que dans leurs entretiens, les professeurs, presque sans exception, se montrent au fait des travaux des autres écoles, surtout de celle de Vienne, dont l'autorité est grande à leurs yeux. Mais aux élèves ils ne communiquent que leurs opinions propres, et comme un petit nombre seulement des élèves s'émancipent ultérieurement et s'enquièrent par eux-mêmes des vues des autres auteurs, il en résulte cet exclusivisme que la majorité des médecins français puise dans les livres de leurs maîtres et qui est connu par toute la terre (3). Quant à l'opti-

(1) Ce n'est pas tout à fait cela. On fait, au contraire, à l'hôpital Saint-Louis, beaucoup de démonstrations *in vivo* en dehors des *visites* cliniques ; cela dépend du moment, de la série de leçons, ou des circonstances de richesse ou de pauvreté clinique sur le sujet qui est traité ; le professeur Hardy, dont l'enseignement était extrêmement suivi, faisait très souvent des *leçons de malades* ; de même dans le passé et dans le présent, M. Lailler et nos autres collègues. En ce qui me concerne, ces leçons sont instituées à l'état permanent, et elles ont presque complètement remplacé les leçons théoriques proprement dites. Dans mon laboratoire clinique, qui me sert d'amphithéâtre particulier, le malade (du sexe masculin), *complètement déshabillé*, et placé sur une estrade appropriée, est *toujours* sous les yeux des assistants pendant tout le temps nécessaire. E. B.

(2) En ce que je puis prendre de cela pour ma part personnelle, voilà qui est, en vérité, bien fait pour me rappeler à l'humilité, et me prouver que l'on ne se connaît pas soi-même ! Je me croyais, comme mes collègues, dépourvu de toute attache doctrinale ; je me suis même, tant de fois, attaché à montrer aux élèves l'inanité de la thérapeutique interne dans le psoriasis, ses défaillances nombreuses dans l'eczéma, sa nullité dans toute une série d'autres affections que plusieurs me qualifient amicalement de pessimiste ! Le cas est embarrassant. E. B.

(3) Ceci n'est plus du tout exact, et si toute la terre croit cela, elle croit mal. Si les médecins français ont mérité ce reproche d'exclusivisme (autrefois), ce temps est passé, et nous n'acceptons, en aucune manière, la responsabilité des agisse-

misme qui anime les maîtres au même degré relativement aux résultats de la thérapeutique, je dois avouer que, sans pouvoir en admettre le bien fondé, étant données mes opinions personnelles, c'est précisément cette foi sereine du médecin dans la puissance des moyens qu'il prescrit qui, transportée par lui dans le monde, est une des causes de la haute considération et de la situation sociale que nous pouvons à juste titre envier à nos confrères français.

« Mais je ne saurais trop blâmer la manière par trop expéditive dont on traite les malades externes, tous sur un même patron. Comment serait-il d'ailleurs possible d'examiner même à demi plus de 200 individus en deux heures? Pourquoi la besogne ne se partage-t-elle pas entre deux ou plusieurs médecins, qui auraient encore chacun ample moisson pour leur activité? — Dans un local de quelques pieds carrés, se tient assis, derière une table entourée de 5 à 6 internes ou externes qui lui prêtent l'appui nécessaire, le chef de la consultation, devant lequel se présentent les malades l'un après l'autre. Ceux-ci, sans se déshabiller (ô saint Hébra!), montrent la région du corps qui est malade, l'un le doigt, l'autre un orteil, le troisième le lobule de l'oreille.— Le professeur jette un coup d'œil, donne la diagnostic à l'élève qui rédige les observations (bien entendu il ne néglige pas la caractéristique : d' « individu lymphatique, arthritique ou lymphatico-arthritique), il indique au pharmacien, devant lequel sont placées des ordonnances toutes prêtes, la médication, et la consultation est finie *tutô* (?), *jucunde* (!), mais surtout *citô*. Munis de leur ordonnance, les malades gagnent la pharmacie, où on leur délivre gratis les médicaments, les bains, etc. (1).

ments de nos aînés, *cuique suum*; si quelques-uns conservent ce travers suranné, il faut le leur reprocher à titre particulier, et ne pas condamner la partie avec le tout. Bien plus, la majorité des auteurs français se plaint vivement, à son tour, de l'exclusivisme d'un grand nombre d'auteurs étrangers (non de tous). Voilà un débat que je ne veux pas introduire ici, et qui ne peut être tranché que preuves en main, par exemple, par la revue comparée d'une série d'ouvrages de même nature et de même date, empruntés à divers pays. Mais mon sentiment bien vif, est que les temps actuels ouvrent une nouvelle ère, dans laquelle la science n'aura plus de barrières internationales. E. B.

(1) Ici le trait est bien aiguisé, correctement lancé, et il semble avoir porté juste! Oui, tous ces reproches paraissent fondés, mais ils le sont plus en apparence qu'en réalité; oui les consultations externes de notre grand hôpital, pour l'étranger qui n'en voit que la superficie très vaste et très médiocre d'aspect, doivent paraître instituées dans des conditions déplorables; les impressions de M. Édouard Schiff sur ce sujet ne nous surprennent pas et nous ne les trouvons pas excessives.

Mais voici maintenant la réalité, à côté de l'apparence. Procédons par ordre.

1° *Le local.* Aucune expression n'est assez vive pour dire combien les salles d'attente et les cabinets de consultation sont exigus, sordides, misérables; malheureusement nos aînés et nos maîtres s'en sont toujours contentés. Toutefois, depuis

« C'est au contraire sans réserves que je dois louer la manière dont est compris le traitement clinique (c'est-à-dire dans les salles) qui mérite

quelques années, les médecins de l'hôpital Saint-Louis ont épuisé toutes les ressources de la dialectique pour démontrer à l'administration, la nécessité de renverser ces ruines, et de construire un dispensaire nouveau approprié à des besoins nouveaux. Nos réclamations ont été écoutées, les besoins compris, les plans du nouvel édifice sont arrêtés, nous les avons tous (les médecins), depuis bien des années déjà, approuvés... et il faut espérer que nous pourrons bientôt montrer, avec orgueil, ce que nous cachons volontiers aujourd'hui.

2° *Le nombre des malades*. Non seulement ce nombre pour chaque jour atteint bien 200, comme le dit M. Ed. Schiff, mais encore il le dépasse souvent. Il est vrai que les deux heures qu'il a indiquées comme durée de la consultation sont aussi dépassées communément; j'y emploie d'ordinaire, pour mon compte, trois heures et je puis assurer à mon cordial visiteur qu'à la fin de cette séance, c'est *le médecin* qui est le plus à plaindre.

Au sujet des malades, voici maintenant la réalité qui rassurera un peu notre savant confrère, sur le fait principal, à savoir la manière expéditive avec laquelle nous diagnostiquons, pronostiquons, et formulons, dans ces séances agitées et laborieuses.

Les malades qui défilent successivement devant la table du médecin se composent :

*A*. D'un tiers environ de sujets atteints de toutes les affections *dites rhumatismales*, ou pour mieux dire de «*douleurs* », de paralysies chroniques, de contusions légères, de maladies nerveuses diverses, d'anémies variées, etc., affections pour lesquelles l'hôpital Saint-Louis a toujours été en grande réputation, et pour lesquelles on délivre gratuitement, à main ouverte, les bains, douches, fumigations de toute espèce, bains électriques, électrisations, etc. Ces malades étant presque tous atteints *d'affections chroniques*, reparaissent un grand nombre de fois, reviennent (par ordre), au même jour et au même médecin, et un chef de service quelque peu actif, entouré d'un personnel approprié et habitué, peut, en vérité, donner satisfaction à tous, en un espace de temps relativement court. C'est peut-être du temps perdu, mais le médecin seul en souffre; et il serait bien difficile de détourner de nous ce courant populaire dans une ville de plus de 2 millions d'habitants, et dans la capitale de la centralisation !

*B*. Un second tiers comprend des malades du voisinage, des étrangers malheureux qui sont entrés parce que les portes sont ouvertes et que la maison est hospitalière, et des sujets atteints d'affections médicales communes qui ne se rendent pas un compte exact de la spécialisation de l'hôpital; ce deuxième tiers, sauf une faible part, a surtout besoin d'être apprécié sommairement pour être dirigé sur les points réglementaires; pour cette besogne, le coup d'œil d'un médecin, vieilli sous le harnois, n'est pas superflu; et c'est encore une charge dont seul il pâtit !

*C*. Le dernier tiers appartient à la dermatologie. Voici comment il ne souffre guère plus que les autres de la rapidité de nos actes médicaux : Tous ne sont pas des *nouveaux* (hélas !) il y a d'abord la série des ulcères des membres inférieurs; il ne faut pas grand temps pour leur donner le *bon de pansement*, ou le billet d'hôpital nécessaires ; puis viennent les galeux, les pityriasiques, la majorité en est tellement caractéristique, que quelques secondes suffisent pour juger et donner la carte du traitement ; après se rangent les malades qui demandent seulement à entrer à l'hôpital. Or, comme nous disposons en moyenne de 15 à 20 lits par consultation, il nous est assez facile d'écouler encore, avec rapidité ce nouveau lot. Viennent encore nos habitués les psoriasiques, eczémateux chroniques, prurigineux, dermatophobes, syphilitiques; nous pouvons aussi en peu de temps leur donner pleine et entière satisfaction.

Mais enfin, les malades nouveaux importants, ceux qui ont besoin d'être exa-

d'être cité pour sa direction rationnelle et pour l'application fréquente des méthodes curatives des dermatologistes étrangers. Connaissant le caractère conservateur des Français, je n'ai pas été peu surpris de voir employés, tout comme chez nous, la curette, l'acide pyrogallique, etc. (1).

« C'est surtout la méthode de traitement du lupus par les scarifications parallèles qu'on y pratique avec un grand enthousiasme, et je ne puis le méconnaître, avec d'excellents résultats, comme j'ai pu m'en convaincre par les superbes moulages de Baretta. Presque chaque cas important est reproduit par ce maître, dont l'atelier est à l'hôpital, à l'entrée et à la sortie. On applique aussi souvent, et parfois avec un succès marqué, le traitement par la toile de caoutchouc dans l'eczéma, le psoriaris et bien d'autres maladies chroniques de la peau. Malgré l'adoption de cette thérapeutique rationnelle locale, on n'a pas abandonné le traitement interne, et l'on voit à chaque lit d'immenses fioles remplies des mixtures les plus disparates (2).

minés *in vivo*, selon le rite de Saint-Hébra ? eh ! bien ceux-là reçoivent, presque tous, un *bon d'entrée* dans nos salles avec jour et heure désignés, et là, il leur est consacré tout le temps nécessaire. Pour ce qui me concerne en particulier, si, mon savant confrère avait pu me consacrer une plus grande partie de son temps, il aurait vu que *tous ces malades que je n'ai pas eu le loisir d'examiner à fond à mes consultations publiques du lundi*, reparaissent dans mon laboratoire les jeudis, vendredis ou samedis, et que je leur y consacre, activement assisté par le personnel entier du service, toutes les heures nécessaires.

Je n'insisterai pas davantage. Tous ces détails, d'une organisation extrêmement compliquée ne peuvent être devinés. Quant aux inconvénients qui y sont attachés, ils sont inhérents à l'établissement spécial, unique dans la capitale, à la ville, à la population, au système de *centralisation absolue* que nous possédons. Aucune des propositions de réforme, jusqu'ici formulées, n'a présenté plus d'avantages et moins d'inconvénients que l'état actuel. Sans aucun doute, cette cohue de malades est déplorable ! mais comment régler le courant qui y afflue chaque matin de tous les points de notre immense agglomération parisienne ; et n'est-ce pas dans cette mer houleuse que nous recueillons cette abondante moisson de malades, que l'hôpital Saint-Louis réunit pour le plus grand profit de la dermatologie. Quant aux malades eux-mêmes, je ne crois pas qu'ils perdent plus de temps à l'hôpital Saint-Louis, que si ils s'étaient présentés à l'hôpital général de Vienne, et je ne crois pas non plus (d'après ouï-dire, car les circonstances ne m'ont malheureusement pas encore permis d'aller m'instruire sur ce point auprès de mes savants confrères de cet hôpital célèbre), qu'il leur soit apporté moins de soins assidus et directs. Si cela nous était démontré, nous le reconnaîtrions immédiatement, et nous nous efforcerions de faire plus encore. E. B.

(1) Mais, mon cher confrère, nous n'en faisions pas mystère, et rien ne me surprend plus que votre surprise ; votre religion avait été trompée ! Par qui? Vous confondez encore le temps jadis avec le temps présent ! Il n'est pas un médicament, un procédé, venant de l'étranger qui ne soit aussitôt apprécié, utilisé, et j'ajouterai même, sans fausse modestie, quelquefois perfectionné dans nos salles. E. B.

(2) Nous nous faisons honneur et gloire de n'avoir pas abandonné le traitement interne dans les affections de la peau — QUI LE RÉCLAMENT — ; et nous ne sommes

« Je ne puis quitter l'hôpital Saint-Louis sans payer un juste tribut de reconnaissance à l'amabilité, à la prévenance toutes françaises, avec lesquelles m'ont accueilli MM. Ernest Besnier et Fournier, le premier, dermatologiste fort distingué, le second, syphiliographe fort connu (2). »

---

I. — Giorgio Marcacci. — *Sopra un caso di elefantiasi venosa* (*Sur un cas d'éléphantiasis véneuse*) Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, 1880.

II. — Brigidi e Taffani. — *Id. Lo sperimentale.* Décembre 1879.

Homme de 50 ans, mort en novembre 1879 à l'hôpital de Florence où il était entré pour un épanchement pleurétique avec gangrène du scrotum et diarrhée colliquative.

Depuis 16 ans, il a souffert d'érysipèles à répétition des membres inférieurs ; à chaque poussée persistait un degré plus considérable de gonflement. A 43 ans, le scrotum fut atteint. Pas de syphilis, pas de scrofule, pas de fièvre intermittente ; pendant les quelques heures qu'il passa dans les salles de Sainte-Lucie avant de mourir, on put consta-

pas disposé à l'abandonner. Mais nous ne pouvons concéder les « *immenses fioles remplies des mixtures les plus disparates* »

Les « mixtures » que nous employons, sont : 1° le *sirop alcalin,* soit 10 grammes de bicarbonate de soude pour 300 de sirop de saponaire ; 2° la *solution arsenicale* ; 3° La *solution de Van-Swiéten* ; 4° l'*huile de morue* ; 5° la *solution d'iodure de potassium* ; 6° le *sirop d'iodure de fer.*

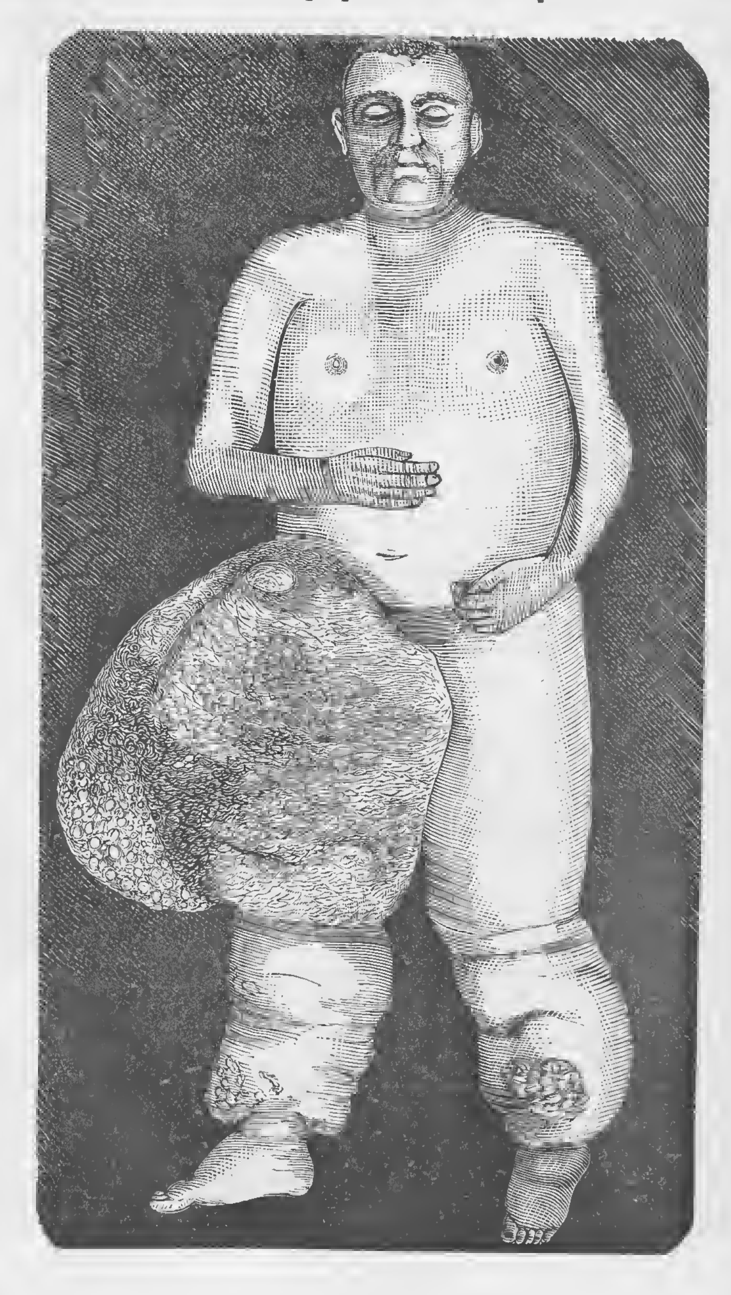
*Aucun de ces médicaments n'est délivré aux malades en provision ; les religieuses les administrent elles-mêmes, dose par dose, dans les quantités prescrites.*

Il y a donc eu, sur ce point, confusion dans les notes recueillies par notre confrère, ou il aura été induit en erreur ; ce que l'on voit à chaque lit, ce sont : les flacons de vin ou les petites provisions personnelles des malades, ou encore les pots de lait qu'on donne très largement ; mais encore une fois, alors même que nous ordonnerions les mixtures les plus disparates, il aurait absolument été impossible de les voir dans des fioles immenses au lit de chaque malade.

Les seuls médicaments que l'on peut voir au lit de chaque malade sont, ou leur provision quotidienne de préparations pour l'usage externe : savon noir, pommades diverses, huile de cade ; les seules « fioles » sont de petites bouteilles (de 125 grammes) noires pour les *liniments,* et blanches pour les *potions* qu'une affection intercurrente commune peut nécessiter. Mais dans nos salles de dermatologie, tout cela est l'exception. E. B.

(2) En terminant, je prie de nouveau M. Edouard Schiff de ne voir dans mes annotations que ce qu'elles contiennent, c'est-à-dire quelques explications rectificatives et complémentaires indispensables. Je me mets à sa disposition quand il nous fera l'honneur de visiter à nouveau nos services, pour lui démontrer *in vivo* ce que je le prie aujourd'hui de reconnaître sur parole ; je conserve, enfin, la plus vive estime pour son talent que j'ai été à même d'apprécier, et toute ma sympathie pour sa personne. E. B.

ter une insensibilité de la peau au toucher et à la douleur, et une augmentation considérable de la proportion des leucocytes.



Scrotum énorme, couvert de grosses élevures en forme de tubercules ; voici ses dimensions :

| | |
|---|---|
| Circonférence | 1,68 |
| Diamètre longitudinal | 0,50 |
| — transversal | 0,59 |

Les cuisses sont moins volumineuses que les jambes, le tégument des membres inférieurs présente des plis et des saillies, les unes isolées, les autres agglomérées. Les diamètres sont les suivants :

| | |
|---|---|
| Jambe droite. Circonférence, tiers supérieur | 0,66 |
| — gauche — — | 0,59 |
| — droite — tiers inférieur | 0,57 |
| — gauche — — | 0,57 |
| Circonférence prise au niveau de la moitié de la cuisse gauche. | 0,68 |
| — — — droite.. | 0,54 |
| — du pied droit au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne | 0,36 |
| — du pied gauche | 0,32 |

Le cerveau était normal. Dans la plèvre droite, on trouva un épanchement de 2 litres d'un liquide séro-fibrineux, avec poumon atélectasié ; à gauche un épanchement de 300 grammes.

Foie d'apparence muscade, du poids de 1,600 grammes.

Le point intéressant de cette observation consiste dans la dissection des parties hypertrophiées. On sait que, dans toutes les formes de dermite diffuses chroniques décrites aujourd'hui, les altérations du système lymphatique jouent le plus grand rôle. Je rappelle pour mémoire les trois types admis par Cornil et Ranvier.

1° Le premier consécutif aux œdèmes de longue durée est caractérisé par un engorgement dur dû à une stase de la lymphe dans les espaces du tissu conjonctif, dans les lymphatiques capillaires dilatés et dans les troncs afférents des ganglions. C'est la pachydermie lymphangiectasique de Rindfleisch.

2° Une seconde forme est caractérisée par le retour à l'état embryonnaire de tout le derme hypertrophié avec production de vastes lacunes lymphatiques ; c'est le véritable lymphangiome.

3° Une troisième forme consiste dans un accroissement énorme de l'épaisseur du derme dû à la multiplication des faisceaux conjonctifs et du réseau élastique ; les capillaires sont dilatés, gorgés de lymphe ou d'endothélium desquamé, et largement béants.

Eh! bien, dans le cas dont il s'agit, les auteurs n'ont constaté que des

altérations lymphatiques peu importantes. C'est ainsi que l'on essaya vainement d'injecter les réseaux avec la gélatine argentée, ou la solution bleue de Gerlach. C'est à peine si sur le scrotum le Dr Giorgi Pellizzari, professeur d'anatomie pathologique, parvint à faire pénétrer du mercure dans un réseau assez riche de vaisseaux un peu plus gros qu'à l'état normal. Sur les cuisses ou sur les jambes, toute tentative de ce genre fut inutile. Bien plus, à la dissection, on renonça à mettre à découvert les rameaux afférents des glandes inguinales, après s'être assuré qu'elles étaient très petites et atrophiées; à gauche seulement on en reconnut deux, l'une grosse comme une lentille, l'autre comme un pois. Au microscope, tant à l'état frais qu'après durcissement, et quel que fût le grossissement employé, les vaisseaux lymphatiques se dérobèrent absolument.

Il n'en fut pas de même pour les vaisseaux sanguins, et particulièrement pour les veines. La simple inspection des gros troncs fémoraux faisait constater une légère dilatation veineuse avec opacité des parois due à l'hyperplasie de la membrane adventice. Dans les parties durcies à l'acide picrique, on voit beaucoup de vaisseaux à tuniques épaissies dilatés par la stase qui les montre pleins de globules. Cette altération se retrouve dans tous les points du tissu morbide, et l'on peut en outre reconnaître que le contenu est pauvre en globules blancs disposés surtout à la périphérie du vaisseau.

Parmi les autres particularités sur lesquelles les auteurs appellent l'attention et sans m'arrêter à la description du tissu conjonctif hyperplasié et infiltré, je citerai l'augmentation notable de la quantité du pigment épidermique ; la diminution ou la disparition de la couche graisseuse réduite à quelques vésicules très petites baignant dans un liquide albumineux riche en cellules migratrices, chargées elles-mêmes d'une quantité extraordinaire de granulations graisseuses ; l'intégrité presque complète des follicules pileux et des glandes sudoripares, ainsi que des troncs et branches nerveuses étudiées à l'aide du chlorure d'or ; l'abondante infiltration d'éléments lymphoïdes grands et petits, ainsi que de globules blancs au sein desquels l'acide osmique décéla de nombreuses granulations graisseuses; enfin de larges traînées purulentes survenues probablement depuis peu dans l'épaisseur du connectif sous-cutané.

En résumé, système lymphatique sain, système veineux gravement altéré. Tel est le point culminant de cette nécropsie. Selon l'expression de Bouillaud, très heureusement rappelée par Pellizzari, les veines sont *artérialisées*, et la lésion mérite véritablement le nom d'*éléphantiasis veineuse*, puisque la lésion la plus caractéristique que l'on ait rencon-

trée est l'épaississement des parois veineuses avec formation de thrombus à leur intérieur.

Ainsi que je l'ai dit, dans l'historique de cette variété d'éléphantiasis un peu négligée aujourd'hui, les auteurs italiens font une large part aux travaux de leurs voisins, bon exemple qui n'a pas toujours été suivi parmi nous. Ils citent Bouillaud (1) et Gaide (2), sans oublier Landi (3) qui a soutenu dès 1844 le siège veineux de la maladie. Il est certain d'ailleurs que l'étiologie reste toujours pour nous à l'état d'inconnue; on a incriminé certains climats, la mauvaise qualité des eaux chargées de conferves ou de cructacés microscopiques, cyclops, cypris, enchelia, monades ou vorticelles; on a été jusqu'à y voir une forme particulière d'infection palustre. Mais toutes ces hypothèses sont sans fondement ; en tous cas, le fait de Marcacci ne justifie aucune d'elles.

L. JULLIEN.

---

I. — Primo Ferrari. *Studj di dermatomycologia* (*Etudes de dermatomycologie*). Mémoire lu à l'Academia Gioenia dans la séance du 23 novembre 1879. Catane.

II. — Casarini. *Sulla porrigo decalvans* (*Sur le porrigo decalvans*). Imparziale. 16 mai 1880.

III. — Carlo Forlanini. *Studî sulla anatomia patologica e la natura del Kerion* (Celso) *o vespaio del capillizio* (Dubini). (*Etudes sur l'anatomie pathologique et la nature du kerion Celsi ou ruche de la chevelure* (*Dubini*). Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 1880, p. 23.)

I. — Dans ce volumineux mémoire, l'auteur expose avec beaucoup de clarté et un grand luxe de bibliographie l'état actuel de nos connaissances en ce qui concerne les parasites végétaux du tégument.

L'auteur n'en reconnaît que trois, l'achorion, le tricophyton et le microsporon furfur; déniant à la pelade le caractère parasitaire. L'achorion produit le favus; le tricophyton détermine la tricophytie, la tricomycose (mentagre) et le kerion Celsi ; le microsporon furfur est l'agent essentiel du pityriasis versicolor.

(1) Observations d'éléphantiasis des Arabes tendant à prouver que cette maladie peut avoir pour cause première une lésion des veines, par M. T. Bouillaud (*Arch. gen. de med.*, septembre 1824.

(2) Observations sur l'éléphantiasis des Arabes, recueillies sous les yeux de M. Payen, par A. Gaide (*Arch. de med.*, 1828).

(3) Sulla elefantiasi degli arabi, del Dott. Pasquale Landi (*Gazetta Toscana delle scienze medico-fisiche*), — Aprile 1844.

Je ne suivrai pas M. Ferrari dans ses descriptions très détaillées du champignon ; nulle part on ne trouvera un exposé plus complet des différentes théories émises à leur sujet, et des expérimentations qu'elles ont provoquées. Les parasites de l'achorion *puccinia favi, rhodophycee,* les expériences sur la transplantation du végétal de l'homme aux animaux et vice-versâ l'ample discussion des modes de traitement ont occupé beaucoup le jeune professeur à titre d'érudit et d'expérimentateur, et je tiens à le dire, on est heureux de trouver dans ce travail une connaissance aussi parfaite et aussi impartiale de toutes les écoles ; Neumann, Ardsten, Hallier, Squire ou Wilson y trouvent leur place à côté des Michelacci, Bizzozzero, de Amicis ; et je dirais que la France est aussi bien traitée, si à côté des noms de Saint-Cyr, Mégnin, Horand, je n'avais eu le regret de chercher vainement celui d'un de nos maîtres les plus aimés et les plus dignes d'y figurer, le Dr Laillier.

A la fin de son mémoire, l'auteur consacre quelques pages d'un court appendice à l'étude de *l'eczéma marginatum* (tricophyton), et du *psoriasis* qu'il est bien près de classer parmi les dermatomycoses avec Lang et Paolini (de Bologne).

II. — C'est la teigne décalvante qui a fourni au professeur Casarini le sujet d'un mémoire important qu'il vient de lire à la Société médico-chirurgicale de Modène.

Pas d'argument nouveau. Le professeur a cherché le parasite et ne l'a pas trouvé ; les spores qu'il a quelquefois rencontrées se développent également sur le cuir chevelu des personnes les mieux portantes. Il considère donc la pelade comme une trophonévrose. Une trophonévrose contagieuse, dira-t-on ? Car nul jusqu'ici n'a nié la transmissibilité de la maladie, et Casarini ne la combat pas, acceptant ainsi, presque à regret, et momentanément, nous l'espérons, ces données à peu près inconciliables.

Comme traitement, il préconise les applications *d'huile de croton.*

III. — Le mémoire de Carlo Forlanini de Milan est une contribution à l'étude du kerion Celsi ; c'est assurément le travail le plus important qui ait été publié sur l'anatomie pathologique de cette singulière affection.

Avant d'en faire l'exposé, je rappellerai brièvement les principaux travaux publiés depuis 15 ans sur cette question. C'est d'abord le mémoire de Dubini, le prédécesseur de Forlanini à l'hôpital de Milan (Vespaio del capillizio, *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1866) ; puis, sans parler des chapitres consacrés à cette maladie par Wilson et Tilbury Foy dans leurs traités des maladies de la peau, nous arrivons en

1871, date de la publication d'un mémoire de Tanturri dans *Il Morgagni*. Enfin, dix cas ont été relatés récemment par Majocchi de Rome (*Gaz. med. di Roma*, 1877) et deux autres par Auspitz dans la *Wiener med. Presse* de 1878 (Ueber der sogenannte Kerion Celsi).

Je ne dirai rien de l'histoire clinique des deux malades observés par Forlanini, laquelle ne sert dans le cas présent qu'à prouver sans discussion possible qu'il s'agissait bien de deux cas de kerion. Ceci posé, je passe aux résultats de l'examen microscopique.

L'altération essentielle réside dans la gaine enveloppante de la racine du poil. La maladie commence, on le sait, par l'apparition de taches blanc-jaunâtre qui ne tardent pas à se transformer en petites vésicules enveloppant le poil; plus tard le poil tombe quelquefois altéré, d'autres fois intact; puis la vésicule prend un volume plus considérable, et se convertit en une pustule, origine de petits abcès sous-cutanés.

Au microscope, le contenu de la vésicule paraît composé d'une substance fondamentale très finement et uniformément granulée, tenant en suspension divers éléments suivant la période de la maladie : au début des granulations pigmentaires libres et quelques squames réfringentes, très attaquables par la potasse caustique ou l'ammoniaque, que l'on peut reconnaître pour des détritus des couches de Henle et de Huxley désagrégées et détachées de la gaine radiculaire. Peu après s'ajoutent des globules de pus dont le nombre augmente avec les progrès de la maladie, tandis que disparaissent plus ou moins complètement les débris épithéliaux. Ce qui caractérise ces leucocytes est leur abondante infiltration graisseuse, jointe à l'absorption des particules pigmentaires ambiantes.

Quand on prend des poils sur les plaques mêmes d'un kerion avancé, on ne remarque souvent rien d'anormal si ce n'est le peu de résistance qu'ils offrent à l'arrachement. D'autres, fois ils ont perdu leur forme cylindrique et présentent des étranglements et des ventres irréguliers, et leur gracilité due à la perte du pigment, les faits ressembler aux poils du duvet.

Mais là ne se bornent pas les lésions; on constate en outre de notables altérations dans la couche enveloppante du poil qui correspond à l'étage muqueux ou malpighien de l'épiderme. Cette gaine cellulaire ou externe présente les caractères de l'hyperplasie, son épaisseur est notamment accrue, si bien qu'elle est quelquefois deux ou trois fois plus volumineuse qu'à l'état normal; le protoplasma des cellules est plus abondant et plus riche en granulations, les noyaux sont aussi plus granuleux surtout dans les points les plus voisins des couches de Henle ou de Huxley et d'ovale leur forme devient sphérique. A une période avancée l'hyperplasie paraît affecter dans une égale mesure la gaine

radiculaire et l'épiderme; le point de départ paraît cependant se faire dans la partie la plus profond de la gaine; on peut souvent, à l'aide de coupes transversales, mettre en évidence à côté d'un épiderme absolument normal, une hyperplasie radiculaire d'autant plus avancée que la coupe porte sur des étages plus profonds, quelquefois même à peine marquée ou nulle vers la surface.

Ainsi le mal commence dans le fond du cul-de-sac, puis de là gagne progressivement les parties superficielles de la gaine en suivant le poil; jusqu'à ce que, au bout d'un temps variable, tous les poils et tout l'épiderme d'un certain périmètre soient envahis. C'est comme conséquence de cette hyperplasie que se produit entre l'épiderme du poil et la limite interne de la gaine (couches de Henle et de Huxley) une exsudation, premier degré de la vésicule, susceptible d'amener la chute du poil. Que cette exsudation soit peu abondante, les couches engainantes ne présenteront pas d'altération spéciale, mais il peut se faire qu'elle envahisse les étages de Henle et de Huxley, les détache de la gaine et en désagrége les éléments qui vont concourir à former le contenu de la vésicule. En somme, l'exsudation suit exactement la même marche que l'hyperplasie, de la profondeur à l'orifice bulbaire. Les cas dans lesquels elle se forme dans les parois mêmes de la gaine pour y constituer de petits foyers sont exceptionnels; plus rares encore ceux dans lesquels la collection s'établit entre la limitante vitrée et la couche malpighienne. Il va sans dire que, dans ces deux alternatives, le liquide manque des détritus des couches de Henle et Huxley.

L'exsudation s'accroissant, l'épiderme soulevé à l'orifice de la glande pilosébacée se rompt et le poil est entraîné, mais là ne se termine pas le processus; le stade ultérieur est constitué soit par le travail de la réparation, soit par la suppuration du cuir chevelu. On facilite le premier en favorisant l'écoulement des produits morbides par l'application de corps propres à empêcher la formation des croûtes et des bouchons organiques. La suppuration qui peut aller de la simple infiltration purulente à la collection en forme d'abcès aura encore son point d'origine dans la gaine cellulaire de la racine, pour de là se répandre dans l'épiderme et le chorion; le premier foyer siège ordinairement dans le bulbe même.

Quant aux globules purulents, l'auteur accorde que beaucoup sont fournis par la diapédèse, mais il a pu saisir sur le fait la *participation des éléments épithéliaux à la genèse pyoïde*; les noyaux prennent un aspect granuleux, leurs contours s'arrondissent, le protoplasma cellulaire tombe en détritus ou plus souvent encore forme une alvéole au sein de laquelle est logé un véritable globule de pus; ces éléments alvéolés sont parfois très abondants dans le champ de la préparation.

Il est facile de supposer ce qui se produit une fois que la suppuration s'est établie ; le follicule est détruit petit à petit, si bien que dans certains cas la limitante vitrée et tout ce qu'elle enserre a disparu, faisant place à une petite masse purulente pleine de débris pileux plus ou moins altérés, et dont les proportions seront d'autant plus considérables que l'issue du produit se fera moins bien ; c'est quand elle est complètement entraînée que l'on peut observer de véritables abcès sous-cutanés. Mais ce sont là, comme on le voit, des conséquences ultimes et qu'il faut seulement redouter quand tout secours thérapeutique fait défaut ; aussi bien chez les malades qu'a pu examiner Forlanini, cette complication ne se montrait-elle qu'au niveau des plaques survenues et développées avant l'entrée de la malade à l'hôpital.

Les autres parties constituantes du cuir chevelu sont loin de rester indemnes ; c'est ainsi qu'en cas d'infiltration pyoïde du chorion on peut retrouver des globules purulents au sein des fibres musculaires, entre les éléments épithéliaux de l'épiderme, dans les glandes et jusque dans les gaines nerveuses. Toutes les cellules des glandes sudoripares ou sébacées peuvent subir les altérations caractéristiques de la suppuration commençante telle que l'auteur les a décrites pour les bulbes pilifères.

Enfin l'auteur déclare avoir rencontré d'une façon presque constante dans ses coupes des *cellules géantes* très abondantes et très volumineuses ; le fait n'a pas grande importance en ce qui concerne le kerion ; mais il est intéressant d'en prendre note au passage, aujourd'hui que bon nombre d'histologistes veulent faire de cet élément le signe pathognomique du produit tuberculeux.

Reste un point fort important à élucider, celui de *la nature parasitaire ou non du kerion* ; nous devons avertir, avant de l'aborder, que les opinions de M. Forlanini vont à l'encontre de celles qui ont cours aujourd'hui ; mais elles s'appuyent sur une masse si imposante de recherches consciencieuses qu'elles nous semblent de nature à ébranler sinon à renverser la doctrine actuellement en vigueur. Je vais exposer avec tous les détails qu'elle me semble comporter, la manière de voir un peu nébuleuse peut-être de notre auteur.

« S'il suffit, écrit Forlanini, de rencontrer des parasites dans les produits d'une maladie cutanée pour affirmer qu'elle est parasitaire, le kerion doit être considéré comme tel. » En effet, dans un cas, l'examen fut positif, le tricophyton fut mis en évidence ; mais, dans un un autre, toutes les recherches furent vaines pour arriver à le découvrir. En présence de ces résultats contradictoires. Forlanini se demande si le champignon ne s'est pas développé accidentellement ; il

lui dénie les caractères d'un agent étiologique direct, et refuse de voir, dans les lésions qui l'accompagnent, une conséquence fatale des conditions anatomo-pathologiques engendrées par sa présence.

Dans le fait négatif qui a conduit l'auteur à ces vues, on a examiné successivement et à plusieurs reprises, le pus des abcès, le liquide des vésicules, les croûtes, les squames qui recouvraient les taches du kerion, et *cent cinquante* cheveux. Or que ces produits aient été recueillis au centre des plaques où le processus était le plus avancé, ou à la périphérie quand il n'était qu'à son début, que les poils aient été arrachés ou qu'ils fussent tombés spontanément, pas une spore ne se présenta à l'observation, le résultat de la recherche fut toujours et absolument négatif.

L'auteur ne s'en tint pas là et voulut éprouver la contagiosité de la lésion ; 17 inoculations furent pratiquées sur le cuir chevelu sain d'une enfant de 8 ans, et sur les portions saines du cuir chevelu de la malade atteinte de kerion.

On se servit à cet effet, du pus, du liquide vésiculaire, des cheveux, des squames et des croûtes; ce fut toujours avec le même résultat négatif; et comme confirmation de cette donnée, l'auteur fait remarquer que, depuis 1873, les enfants atteints de kerion ont été traités dans la salle commune sans qu'on ait jamais pu noter un seul cas de transmission.

Enfin l'auteur a fait l'extirpation de quelques lambeaux de peau, et les a soumis après durcissement à l'examen microscopique ; *deux cents coupes* ont été faites, sur lesquelles plus de *huit cents cheveux* étalaient leur surface de section transversale ; eh bien, *un seul* fut trouvé porteur du tricophyton. Or tels ne sont pas les caractères ordinaires des affections parasitaires.

On est donc en droit de conclure que le *kerion peut parcourir toutes ses périodes, depuis la simple hyperplasie de la gaine, jusqu'à la destruction totale du follicule sans l'intervention du parasite.* On remarquera du reste que les altérations se développent, non pas dans le poil, siège d'élection du tricophyton, mais dans les tuniques de sa racine, et que lorsque le poil tombe ce n'est pas par suite d'une maladie qui lui est propre comme dans l'herpès tonsurant, mais secondairement et par suite d'un mal qui vicie l'organe de sa nutrition.

« Après avoir controuvé le caractère parasitaire de la maladie, il convient de se demander, puisque le kerion n'est pas une maladie tricophytique, comment on peut expliquer la présence du champignon même en quantité infinitésimale dans les produits où il s'est rencontré. »

C'est là que, faute de données précises, l'auteur émet une interprétation hypothétique : « Aujourd'hui, dit-il, on a démontré que les germes du tricophyton se trouvent à l'état de spores ou sous une autre forme transitoire dans l'atmosphère ou dans des corps ou objets particuliers ; de l'atmosphère ou de ces corps qui en sont le réceptacle, les germes passent sur le cuir chevelu et s'y développent ; relativement à l'organisme, la source du parasite est donc extrinsèque ; cela posé, si l'herpès tonsurant et les autres formes tricophytiques sont relativement aussi rares, on est bien forcé d'admettre que le développement du tricophyton nécessite, outre la présence du germe, l'aptitude du terrain, facteur intrinsèque, inexpliqué, mais indéniable, que, faute d'une dénomination meilleure, on peut appeler *prédisposition*. Or qui nous dit que l'état de maladie du poil, la dénutrution, pour mieux dire, dont il souffre dans le kerion ne constitue pas une condition très favorable à ce développement du fongus ? »

Un autre argument à peu près irréfutable contre la nature parasitaire du kerion est tiré de son décours rapide, sans épilation, sans parasiticides, sans autres précautions que celle d'ouvrir les abcès et de favoriser l'écoulement des produits morbides élaborés au sein des gaines, en empêchant les concrétions à la surface de la peau, on peut voir se produire une guérison assez rapide puisque 15 cas soignés dans les salles de l'hôpital de Milan par Dubini et Forlanini ont fourni 21 jours comme minimum et 57 comme maximum de séjour. Comment concilierait-on cette réparation régulière et rapide, avec la présence et la persistance d'un parasite qui n'est ni enlevé ni tué sur place.

Telles sont les principales conclusions de ce mémoire très consciencieux et très travaillé. Ainsi que l'auteur le reconnait lui-même, il y a encore de grandes obscurités dans cette question.

Faut-il attribuer à ce qu'il nomme la prédisposition une importance aussi considérable qu'il semble le faire, nous n'oserions nons prononcer à cet égard ; pourtant il nous semble que bien des faits militent encore en faveur de cette manière de voir. Pourquoi, par exemple, tandis que le favus de développe à peu près dans toutes les conditions d'âge ou de milieu, n'observe-t-on jamais l'herpès du cuir chevelu chez des individus ayant dépassé 17 à 18 ans ? Pourquoi le voit-on guérir spontanément quand ils approchent de cet âge ? Pourquoi le champignon qui ne trouve plus sur le tégument crânien un terrain suffisamment fertile pour s'y développer, pourra-t-il encore se réfugier et se cantonner dans les poils de la face ?

Qu'est-ce que tous ces caprices de la contagion, ces circonstances imprévues de la transmissibilité qui viennent adultérer les notions si

naturellement claires de la greffe et de la transplantation des végétaux? Qu'est-ce que toutes les irrégularités, sinon une conséquence de prédispositions locales, comme il peut y en avoir de générales. Nous nous permettons d'indiquer à M. Forlanini ces arguments qui nous paraissent appuyer la thèse si intéressante au développement de laquelle il ne manquera pas, suivant sa promesse, d'apporter bientôt de nouveaux développements.

L. JULLIEN.

---

## SYPHILIGRAPHIE.

---

### I.

### Pathologie.

Il y a trois ans, Tarnowsky (*Viertelj. für dermatologie und syphilis*, 1877) publiait un travail important sur les relations qui existent entre l'inflammation et la syphilis; dans son mémoire, basé sur plus de 200 observations, il prétendait qu'en cautérisant à l'aide du caustique carbo-sulfurique la peau d'un syphilitique, on observait, après la production de l'eschare et des phénomènes inflammatoires qui l'accompagnent, une induration spécifique, caractéristique, permettant de reconnaître la vérole, même à l'état de latence. Faits pareils ne se produiraient jamais chez un individu non syphilitique.

Kaposi (*Reizung und Syphilis, Viertelj. für Derm. und Syph.*, 1879) a repris les expériences de Tarnowsky; elles sont au nombre de onze, et ne confirment nullement les premières. Jamais l'auteur n'a observé d'induration caractéristique au niveau de la partie cautérisée; le caustique produisait uniquement des modifications analogues à celles qu'on peut observer chez des malades atteints de lupus ou d'affections prurigineuses.

Köbner (*Vierteljahr. f. Derm. u. Syph.*, 1878, et *Berl. klin. Wochenschrift*, 1879, n° 51) a répété les mêmes expériences sur 12 malades. Le résultat a été négatif. L'auteur profite de cette occasion pour combattre les idées de Tarnowsky au sujet du chancre pseudo-induré des syphilitiques. D'après cet observateur, quand un syphilitique contracte un chancre mou, même après plusieurs années d'infection, ce chancre se développe sans incubation; mais au bout de 15 à 20 jours, il se produit une induration cartilagineuse, s'étendant

pendant que le chancre guérit à son centre, et non suivie d'accidents constitutionnels.

Alexander Gay (*Vierteljahr. f. Derm. u. Syph.*, 1879, cahier IV) a cherché à confirmer les assertions de Tarnowsky. Chargé d'un service important de syphilitiques à Kasan, il a observé plusieurs malades qui présentèrent des infiltrations syphilitiques au niveau de piqûres de sangsues, de brûlures, de parties contusionnées, etc.

Cependant l'auteur n'admet pas que ces faits puissent se produire indistinctement chez tous les syphilitiques. Il pense, en effet, que la syphilis n'a généralement aucune influence sur la marche des plaies.

Cutter (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1879, n° 11) a étudié les altérations du sang dans la syphilis. Ses recherches minutieuses ont porté sur 100 malades. Il a trouvé les globules blancs augmentés de volume et a observé dans le sang des bactéries et des filaments de mycélium.

L'auteur prétend également que les spores et les filaments de mycélium trouvés dans le sang avaient une teinte cuivrée (?). Cette teinte serait caractéristique, et permettrait de distinguer les parasites syphilitiques de ceux qu'on observe dans l'érysipèle, dans la diphthérie, etc.

Schulgowsky (*St-Pétersb. Wochenschrift*, 1879, n° 24) a fait des recherches sur la numération des globules rouges; le nombre de ces derniers était toujours diminué; leur pouvoir colorant était également amoindri.

L'auteur attribue ces résultats à l'infection syphilitique. En effet, quand on soumet les malades au traitement mercuriel, le nombre des globules rouges augmente et leurs caractères physiologiques deviennent plus tranchés.

L'*excision* des accidents primitifs de la vérole est toujours à l'ordre du jour.

Auspitz (*Ueber die Excision der Hunter'schen Induration*, *Wiener med. Presse*, 1879, n$^{os}$ 17, 18) combat dans son travail, qui se rattache à des publications antérieures, l'opinion qui consiste à regarder le chancre induré comme le premier symptôme de l'infection générale. Il considère la sclérose primitive comme le point d'attaque primordial et local du virus syphilitique; c'est de ce foyer, tout d'abord localisé, que part l'infection générale.

Le chancre induré aurait deux origines : l'induration pourrait se produire progressivement, sans autre phénomène, au niveau du point infecté; ou bien le virus syphilitique donnerait d'abord lieu à une ulcération aiguë, destinée à s'indurer plus tard. On voit par là

qu'Auspitz a tourné franchement le dos aux dualistes, pour devenir uniciste.

Quant à la question d'incubation, elle peut s'expliquer par l'hypothèse de plus en plus accréditée d'un contage parasitaire. Les altérations vasculaires locales, décrites par Auspitz et Unna, se rattachent également à l'action d'un virus local. Quant au virus, absorbé par les lymphatiques, et déposé dans les ganglions, il serait entraîné dans l'organisme par les veines et les lymphatiques efférents.

Folinea (*Il Morgagni*, juli 1879) a excisé 19 chancres indurés. Voici les conclusions de son travail :

1° La sclérose primitive est la manifestation locale de l'infection syphilitique. L'agent infectieux né de cette induration locale se répand dans le sang par les lymphatiques ;

2° Les résultats de l'excision sont d'autant plus frappants, que cette opération a été faite plutôt ;

3° La cicatrisation de la plaie, par première intention, ne met pas à l'abri d'accidents secondaires ;

4° Quand il existe une polyadénite inguinale l'infection générale est à craindre ;

5° Cependant, même dans ce cas, l'excision peut être utile, car elle a préservé plusieurs fois les malades d'une infection générale ;

6° Il est impossible de fixer scientifiquement aujourd'hui le moment auquel l'excision doit être pratiquée ;

7° Quand l'excision n'est pas suivie d'un résultat complet, elle a cependant pour effet de diminuer la durée et la gravité des accidents généraux ;

8° On devrait toujours tenter l'excision, car, même dans le cas de non réussite, on ne nuit en rien au malade.

Hüter (*Centr. f. Chirurgie*, 1879, 24) se prononce également pour l'excision du chancre.

Pospelow (*Centr. f. Chir.*, 19, *Mosk. Gaz.*) publie deux cas d'excision suivis de succès, et un cas d'insuccès à la suite d'une extirpation tardive.

Klink (*Medicyn. lek.*, 42-44, et *Centr. f. Chir.*, 1879, 5) a pratiqué cinq excisions chancreuses avec résultat négatif.

Comme tous les ans, on trouve signalés dans les journaux une série de chancres d'origine bizarre et de siège anormal. Plumert (*Allgem. Wien. med. Zeit.*, 1879, nos 49, 50, 51) rapporte les observations de quatre chancres du sein, des lèvres et du menton ; il signale également des chancres du pouce et de la région sous-claviculaire.

Mracek (*Wien. med. Wochenschr.*, 1879, 48) cite l'observation d'un

malade atteint d'un chancre induré situé derrière l'oreille ; ce chancre s'était développé à la suite d'un baiser reçu dans cette région.

Baxter (*Lancet*, 1879, nº 22) a donné des soins à un enfant de 3 ans, atteint d'une syphilide papuleuse du tronc et qui présentait une induration de la langue avec engorgement du ganglion sous-maxillaire. La mère de l'enfant déclara avoir corrigé l'enfant pour s'être servi de la brosse à dents de son père. La confrontation prouva, en effet, que ce dernier était atteint d'accidents secondaires de la bouche et de la peau.

Dulles (*Memorabilien*, 1879, cahier 1er) cite un chancre de la lèvre inférieure survenu chez une malade à la suite de pansements répétés pratiqués sur une dent malade par un dentiste.

Il est positif que l'infection peut se faire de cette manière, surtout aujourd'hui que les dentistes font des pansements répétés, avant d'aurifier les dents, et se servent d'instruments qui ont été employés déjà pour d'autres malades. Ils devraient toujours avoir la précaution de tremper leurs outils dans une solution phéniquée à 5 0/0 ou dans de l'alcool absolu.

## SYPHILIS VISCÉRALE.

### a) *Syphilis cérébrale.*

Dans un article intitulé : « Syphilis et Démence paralytique » (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1879, nos 36 et 37), Mendel cherche à établir les relations qui existent entre la syphilis et les affections cérébrales. Les recherches de l'auteur sont basées sur 171 observations. Il n'a pu déterminer l'existence d'une syphilis antérieure que chez 53 malades ; chez 17 autres, la syphilis était à rejeter d'une façon certaine ; 6 autres avaient eu des chancres non suivis d'accidents secondaires ; 9 présentaient des cicatrices à la verge ; les 90 derniers, enfin, avaient tous eu une vérole caractéristique. La syphilis entrait donc en ligne de compte dans la proportion de 70 0/0 et semblait jouer un rôle étiologique important dans le développement de la démence paralytique. Cette maladie est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes ; on l'observe surtout dans les classes élevées de la société et dans les villes. Les prostituées fournissent un contingent important à la maladie ; elle affecte de préférence les célibataires ; les gens mariés qui en sont atteints n'ont pas d'enfants.

Les symptômes observés chez les syphilitiques et les non syphilitiques sont les mêmes. Cependant les paralysies des muscles de l'œil sont beaucoup plus fréquentes chez les syphilitiques (12 fois sur 171).

Le traitement par les frictions mercurielles n'a pas amené de résultat favorable : l'auteur n'a observé qu'un seul cas de guérison.

L'auteur croit néanmoins qu'un traitement mercuriel, institué dès le début de la maladie, pourrait enrayer la marche du mal.

62 des malades observés par l'auteur succombèrent ; à l'autopsie, on ne trouva que dans un seul cas des gommes du cervelet, des exostoses, de la pachyméningite hémorragique et de l'hydrocéphalie interne. Chez deux autres malades, les artères du cerveau présentaient les altérations décrites par Heubner.

Cunningham Russel (*Syphilitic disease of the cerebral arteries with aneurims and aneurismal dilatation. Journ. of ment. scienc.*, jan. 1879, p. 614) a rencontré deux fois un épaississement considérable des parois des artères cérébrales ; dans certains points, notamment à la base, l'obstruction vasculaire était presque complète. Sur les parois siégeaient, en outre, de petits anévrismes du volume d'un pois ; leur structure était identique à celle des vaisseaux épaissis. Dans le premier cas, il existait également une gomme de l'arachnoïde et une pachyméningite de la convexité ; chez le second malade, on trouva un foyer de ramollissement du volume d'un pois au centre de la couche optique du côté gauche. Les deux malades présentèrent des symptômes analogues à ceux de la paralysie progressive.

Naunyn (*Ueber Lues des central-nervensystems. Berl. klin. Wochenschr.*, 1879, n° 27) a observé 60 malades atteints de syphilis cérébrale ; huit d'entre eux ont succombé. Or, l'auteur n'a pas rencontré d'exostoses, mais par contre des gommes situées dans la substance cérébrale, au-dessous de la dure-mère, des foyers de ramollissement simples ou provoqués par l'endartérite avec thrombose consécutive. Naunyn considère la syphilis cérébrale comme une des manifestations précoces de la vérole. Il prétend même qu'elle peut se développer un an avant le début de l'infection. Heubner avait prétendu que la syphilis cérébrale frappait surtout les individus dont l'activité cérébrale était particulièrement mise en jeu. Naunyn n'a pu confirmer cette assertion, mais il a remarqué que les jeunes gens étaient plus spécialement atteints. Au point de vue clinique, la maladie n'a rien de caractéristique en dehors de la céphalée et des paralysies des muscles de l'œil. Les symptômes les plus fréquents sont l'hémiplégie, associée à des paralysies oculaires, et des accès épileptiformes (6 cas). L'auteur ne considère pas l'hémiplégie comme caractéristique. Il a observé 8 fois des paraplégies.

Le pronostic est toujours douteux. Les cas de guérison complète, absolue, sont rares. Le traitement doit être presque exclusivement mercuriel (frictions à raison de 10 grammes par jour). Le mercure ne doit être donné qu'au début.

*b) Altérations spécifiques des vaisseaux.*

Zeissl jun., a observé un cas d'oblitération de l'artère brachiale gauche, dû à l'artérite syphilitique (*Wien. med. Blätter*, n^os 24-27. 1879).

Il s'agit d'un malade de 31 ans, qui avait contracté la syphilis 10 ans auparavant. Depuis deux ans il s'était formé une tumeur au niveau du sillon interne du biceps du bras gauche; cette tumeur, à développement lent, avait provoqué des douleurs vives depuis deux mois. De plus, le bras devenait très faible et le malade trouvait la main plus froide que celle du côté opposé. Des onctions à l'onguent napolitain firent disparaître les douleurs.

En examinant attentivement le malade, on s'aperçut, à son entrée à l'hôpital, que le bras était maigre, mal nourri; l'extension du bras sur l'avant-bras était impossible. La tumeur, du volume du pouce, s'étendant du col chirurgical de l'humérus à la moitié du bras, avait 8 centimètres environ de longueur. Elle était le siège de pulsations très faibles. Le pouls radial était égalcment misérable. Pas d'arthéromes des artères. L'emploi du mercure et de l'iodure de potassium firent disparaître la tumeur au bout de quinze semaines; l'artère était oblitérée, mais une circulation collatérale s'établit. La guérison fut complète au bout de 5 mois; il n'existait plus aucune trace de tumeur.

*c) Syphilis des voies respiratoires.*

Beger (*Deutsches Archiv f. Klin.med.*, 1879, vol. III) a observé deux cas intéressants de syphilis trachéale.

1° Un ouvrier de 33 ans entre à l'hôpital pour une bronchite aiguë. Il maigrit rapidement, tousse d'une façon continue, mais n'a pas de fièvre. Pas de fibres élastiques dans les crachats. Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, élévation subite de la température, pouls fréquents et cyanose. On observe des débris de tissus dans les crachats. La mort survient le 15e jour, à la suite d'une pneumonie.

A l'autopsie, on observe une gomme ouverte dans la trachée; ce conduit est ulcéré, retréci; les petites bronches sont dilatées; les ganglions bronchiques, rétropéritonéaux et inguinaux sont engorgés; infiltration pneumonique dans les poumons.

2° Un homme de 35 ans est pris d'accidents syphilitiques tenaces et surtout d'une ulcération pharyngée, anfractueuse, profonde, qui ne cède qu'à l'emploi de l'iodure de potassium. Au mois de novembre 1878, ce malade est pris subitement de fièvre, d'aphonie avec expectoration

abondante ; il entre à l'hôpital dans cet état. Les boissons provoquent des accès de toux au moment où elles sont ingérées et repassent par le nez et par la bouche. Les aliments solides sont supportés par l'estomac. La mort survient le 4e jour. A l'autopsie, on trouve une ulcération syphilitique de la trachée avec perforation dans l'œsophage.

L'auteur prétend que c'est la première observation de perforation d'une ulcération syphilitique de la trachée dans l'œsophage ; on connaissait des perforations dans l'artère pulmonaire, dans l'aorte, dans le médiastin antérieur.

### d) *Altérations syphilitiques de la vessie.*

Plusieurs auteurs ont nié l'existence des lésions spécifiques de la vessie ; en tous cas sont-elles peu connues et fort rares. Proksch (*Vierteljahr. f. Derm. et Syph.*, 1879, cahier 10) a étudié spécialement cette question.

Il a réuni 6 observations dues à Morgagni, Ricord, Virchow, Vidal, de Cassis et Tarnowsky. Voici les conclusions de son travail :

1° Des ulcérations syphilitiques peuvent se développer dans la vessie tout aussi bien que dans d'autres organes ;

2° L'âge des malades n'a aucune influence sur la production des ulcérations syphilitiques de la vessie ; on les a rencontrées, en effet, à l'âge de 4, 18, 26, 52 et même 84 ans ;

3° On a rencontré cette lésion sur 4 hommes, 1 enfant et 1 femme ;

4° Dans 4 cas, il y avait, en outre, des ulcérations dans le canal de l'urètre.

5° Ces ulcérations peuvent se développer pendant le début des manifestations constitutionnelles (cas de Ricord et Vidal) ou bien beaucoup plus tard (Virchow, Tarnowsky) ;

6° Dans les cas de Ricord, les ulcérations de la vessie et de l'urètre constituaient les seules manifestations de la syphilis secondaire ; dans les autres observations, on a rencontré simultanément des signes de syphilis constitutionnelle ;

7° Le nombre des ulcérations variait de 1 à 11. Dans deux cas, les ulcérations étaient diffuses ;

8° Les ulcérations, de l'étendue d'un kreuzer, étaient tantôt superficielles, tantôt profondes, et avaient même perforé la paroi vésicale dans un cas (Vidal).

9° Ces ulcérations peuvent se cicatriser et guérir ou bien se terminer par la perforation de la vessie.

10° Les symptômes observés pendant la vie sont très variables ; ils

dépendent du siège, du nombre, de l'étendue, de la profondeur des lésions. Ils se rattachent à ceux de la cystite et du catarrhe vésical.

L'auteur pense que ces accidents doivent être recherchés et étudiés à l'aide de l'endoscope.

### *e) Syphilis des os.*

Lomikowsky (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, 1879) et Glück (*Allgem. Wiener Zeitg.*, nos 45, 47, 48, 1879) ont étudié tous deux les lésions spécifiques de la colonne vertébrale.

Lomikowsky rapporte l'observation d'un malade chez lequel on trouva des lésions spécifiques de la colonne vertébrale, des gommes du cerveau, du foie et des capsules surrénales. Il existait en outre des tubercules dans les poumons, dans l'intestin et la rate. L'observation de Gluck est celle d'une prostituée de 18 ans qui fut atteinte de syphilis à la fin du mois de mai 1874. Elle entra à l'hôpital de Krakau et fut soumise à vingt frictions. Au mois de janvier 1875, elle fut prise de douleurs à la nuque, d'insomnie, de douleurs au cou, à la pression. Le 15 mai, dyspnée intense; la malade prétendit avoir ressenti un craquement dans le cou. Le 2 juin, fièvre, douleurs atroces à la nuque. Mort.

A l'autopsie, on trouva l'arc antérieur de l'atlas détaché; il n'était plus retenu à la vertèbre que par des tractus très lâches. L'apophyse adontoïde était appuyée contre le bord antérieur du trou occipital. La moelle était nettement écrasée à ce niveau. Il existait en outre une périostite et une ostéite syphilitiques au tibia du côté droit.

Dr Paul Spillmann.

---

## II

## Traitement.

A quel moment faut-il commencer le traitement général de la vérole? C'est à coup sûr une des questions des plus graves, des plus importantes et des plus controversées. Sigmund l'a discutée dans un travail (*Wien. med. Wochenschr.*, 1879, n° 10) qui se termine par les conclusions suivantes :

1° Les accidents primitifs de la syphilis (sclérose, etc.), guérissent sous l'influence d'un traitement purement local. Quel que soit le traitement spécifique institué, il n'arrive pas à diminuer la durée de ces accidents, bien plus il en retarde la guérison en les aggravant.

2° Un grand nombre de malades ainsi traités (40 0/0) ne présentent que des accidents secondaires fort légers ; parfois même ces accidents font complètement défaut. Chez un certain nombre de malades (10 0/0) les accidents secondaires guérissent même rapidement sous l'inflence d'un traitement purement local.

3° On observe les formes graves et tenaces de la syphilis chez des malades atteints d'autres maladies constitutionnelles ou qui vivent au milieu de conditions hygiéniques et alimentaires mauvaises. Certains traitements antisyphilitiques peuvent entraîner des résultats analogues, même chez des sujets habituellement robustes.

4° Il faut, avant de faire choix d'un traitement spécifique, étudier la constitution du malade et les conditions hygiéniques et matérielles au milieu desquelles il vit.

5° Le traitement général de la vérole doit être relégué à la deuxième période de la syphilis ; bien plus, il ne doit être institué à cette période d'évolution de la vérole, qu'autant que plusieurs systèmes et organes se trouvent atteints ; il doit être commencé également quand il existe des formes graves de la vérole, ou bien quand la nutrition générale de l'organisme se trouve compromise par la syphilis. Même pendant la seconde période de la syphilis on peut se contenter d'un traitement local approprié quand le accidents sont légers et n'ont atteint que des organes isolés. Le traitement hygiénique et diétilique doit être toujours surveillé avec attention et il ne faut pas négliger de s'occuper, en même temps, des autres maladies constitutionnelles qui pourraient compliquer la vérole.

Zeissl défend les mêmes idées, qu'il a du reste développées depuis de longues années, dans un article consacré au traitement de la syphilis (*Allgem. Wien. Med. Zeitg*, 1879, 1-4).

Le traitement des accidents primitifs de la vérole doit être *purement local*. On ne doit instituer le traitement général qu'au moment de l'apparition des accidents secondaires ; ce traitement sera exclusivement iodé. Quand ce traitement, suivi d'une façon régulière pendant 6 à 8 semaines, n'a pas amené la guérison, on doit recourir aux frictions mercurielles. Il suffit en général de faire 10 à 12 frictions avec deux grammes d'onguent napolitain. Zeissl n'emploie jamais les injections ; il déconseille l'usage du mercure à l'intérieur. L'auteur prétend, en outre, qu'en administrant les mercuriaux dès le début des accidents secondaires, on expose bien plus les malades aux récidives qu'en suivant l'expectation ou en prescrivant l'iode. Il est vrai de dire que les accidents secondaires se dissipent rapidement sous l'influence du traitement secondaire ; mais la diathèse n'en reste pas moins maîtresse,

et sur 100 malades ainsi traités on compte 96 récidivistes. Ce n'est pas le mercure qui nuit au malade ; mais on lui fait du mal en l'administrant d'une manière intempestive. Quand il survient des accidents graves, iritis, etc., il va de soi qu'il faut recourir au mercure.

Quand tous les symptômes ont disparu sous l'influence du traitement précédemment indiqué, et qu'il n'est survenu aucune récidive dans l'intervalle d'un an, on peut considérer le malade comme guéri. L'auteur préfère même, par expérience, l'expectation à toute intervention ; mais les malades demandent presque toujours à être débarrassés le plus rapidement possible de lésions souvent visibles, à la face notamment.

Nous voudrions bien savoir ce que deviennent au bout de 10, 15, 20 ans, les malades ainsi traités ! Ne voyons-nous pas, en effet, les accidents primitifs et secondaires, en apparence les plus insignifiants, les plus bénins, suivis d'accidents tertiaires formidables. C'est à la statistique et à l'observation clinique de répondre.

## II.

Le traitement par les injections sous-cutanées est toujours à l'ordre du jour. Rotter (*Zur Thérapie der Syphilis, Deutsche milit. ärzth. Zeitschrift*, 1879) recommande les solutions ayant pour base la combinaison des peptones avec le mercure. Voici les conclusions de son travail :

1° Ce traitement agit plus rapidement que tous les autres modes d'administration du mercure.

2° Dans les cas isolés, où il reste sans effet, il faut recourir immédiatement à l'iodure de potassium.

3° L'action du médicament étant extrêmement rapide, on pourra en cesser l'emploi si l'on n'obtient aucun changement au bout de 12 à 15 injections.

4° Les phlegnons et la grangrène de la peau au niveau de l'injection sont excessivement rares. Quand ces accidents se produisent, ils semblent dépendre plutôt d'une disposition constitutionnelle que de la préparation ou du manuel opératoire.

Petersen (*Ueber die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen einer Pepsin sublimat lósung, St-Petersburger med. Wochenschrift*, 1879, n° 24) a remplacé les peptones par la pepsine. Il a traité, à l'aide de cette solution, 30 malades, atteints d'accidents récents, et âgés de 8 à 64 ans. Il a pratiqué ainsi près de 300 injections, et n'a observé aucun abcès ; chez les enfants seulement il survenait un peu d'inflam-

mation ; chez eux, en effet, la peau est plus délicate et l'on ne doit pas leur appliquer la méthode des injections sous-cutanées. La quantité de mercure injecté variait de 1 à 10 milligrammes. Le nombre des injections oscillait entre 13 et 50 ; jamais il ne s'est produit de stomatite. Tous les accidents disparaissaient en moyenne, dans les cas récents, après 25 à 30 injections. Les récidives se produisaient dans les cas où l'on n'avait pratiqué que 12 à 20 injections.

L'auteur conclut de ses recherches que la solution de pepsine ne provoque aucune réaction inflammatoire, qu'elle peut être supportée pendant un temps fort long, et que son action est toute aussi énergique que celle des peptopes combinés au mercure.

Matthès (*Kochsalz-sublimat Injectionen*, *Memorabilien*, 24, 1879) a employé la solution de sublimé et de chlorure de sodium recommandée par Reder :

| | | |
|---|---|---|
| Sublimé | 1 | gramme. |
| Chlorure de sodium | 5 | — |
| Eau distillée | 100 | — |

L'injection de cette solution ne provoque aucune douleur. L'auteur s'en est servi pour le traitement de 35 malades auquel il a fait 850 injections. Il n'a pas observé d'abcès ; l'inflammation légère provoquée par l'injection disparaissait au plus tard le 6me jour. Il pratiquait les injections tous les deux jours seulement.

Cette méthode de traitement s'appliquerait surtout aux formes légères des syphilides de la peau et des muqueuses ; l'auteur dit avoir obtenu des résultats merveilleux dans des cas de syphilides rebelles de la langue. Il pratiquait, en moyenne, de 20 à 30 injections au même sujet ; parfois il était nécessaire d'en augmenter le nombre.

Turbringer (*Zur localen und resorptiven Wirkungsweise einiger mercurialien bei syphilis, insbesondere des subcutan injicirten metallischen Quecksilbers. Arch. für klin. Med., XXIV,*) a étudié plus particulièrement l'action des injections sous-cutanées de mercure pur. Le mercure est bien supporté pendant quelques heures. Mais au bout de 24 heures il se produit de l'inflammation qui souvent se termine par des abcès, Quand on injecte du mercure sous la peau, sans le diviser ensuite à l'aide de frictions répétées, on n'en rencontre pas dans l'urine, mais on peut en retrouver encore à l'état métallique, sous la peau, au bout de dix-huit mois. Quand on divise le mercure par des frictions après l'injection, on peut en retrouver des traces dans l'urine. Dans les deux cas cependant, les symptômes syphilitiques semblent céder lentement à l'action du médicament. Le mercure émulsionné est parfaitement supporté. Voici la formule indiquée par l'auteur :

| | | |
|---|---|---|
| Mercure........................ | 2 | grammes. |
| Mucilage de gomme arabique avec glycérine...... | 10 | — |

Les accidents spécifiques disparurent au bout de huit semaines, après dix injections. Cependant l'auteur conseille de ne recourir à cette méthode que dans les cas où il serait impossible de faire des frictions ou d'administrer le mercure par la bouche.

Güntz (*Wien. med. Presse,* XXI, 12-15, 18, 19, 1880) a publié des recherches intéressantes sur le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de bicyanure de mercure. Il applique cette méthode à une série de malades qui avaient subi, sans résultat, les traitements anti-syphilitiques les plus variés, puis à d'autres qui n'avaient encore été soumis à aucune influence thérapeutique. Tous les malades ainsi traités, et au nombre de 50, furent suivis pendant plusieurs mois et même pendant des années.

La solution dont s'est servi l'auteur offre un inconvénient considérable : elle s'altère rapidement à l'air. Aussi faut-il avoir dans la main une série de petits flacons, qni servent tout au plus à faire deux ou trois injections ; dès qu'un flacon a été débouché, le liquide s'altère ; on peut en faire usage jusqu'au moment où il dégage des vapeurs d'acide cyanhydrique.

Les injections étaient toujours pratiquées au dos. La douleur était nulle ou légère ; chez les personnes maigres, l'injection provoquait une sensation fort pénible.

Plusieurs malades se plaignirent de vertiges, de bourdonnements d'oreille, de nausées, immédiatement après l'injection ; l'auteur observa même quatre fois une syncope profonde qu'il attribue à l'acide cyanhydrique mis en liberté.

Le nombre des injections faites à chaque malade variait entre 20 et 50. Souvent l'auteur pratiquait, coup sur coup, deux injections de 1 centigramme de bicyanure de mercure. Il n'a pas observé les infiltrations du tissu cellulaire sous-cutané qui ont été signalées après l'emploi des injections de sublimé ; il a vu cependant se produire des vésicules et même une momification partielle de la peau.

La salivation mercurielle se produisit accidentellement chez trois malades.

L'influence des injections de bicyamure de mercure sur les différents accidents de la vérole est indéniable ; elle est si rapide, qu'on peut en constater les effets au bout de cinq injections.

Les accidents disparaissent au bout d'un temps fort court, et, qui plus est, les récidives semblent être fort rares, bien qu'il ne soit pas

permis de déclarer au bout d'un à deux ans qu'un syphilitique est complètement guéri.

L'auteur dit avoir surtout réussi dans les cas d'ulcérations invétérées, et dans les affections osseuses.

Malgré ces résultats satisfaisants, Güntz recommande de ne recourir au traitement par les injections qu'en cas d'urgence, ou si le résultat semble assuré. En effet, les malades éprouvent presque tous une grande répugnance à se faire traiter par la méthode des injections ; la douleur les fait reculer et le médecin ne peut affirmer qu'il ne se produira aucune altération locale.

Sigmund (*Ueber mercurialsalivation. — Wien. med. Presse*, 1879, n^os^ 45 et 46), n'attribue aucun rôle critique ou curatif à la salivation mercurielle. Il considère cet accident comme une complication fâcheuse pour le malade, et il insiste surtout sur les moyens prophylactiques propres à l'éviter. Il recommande, en premier lieu, des lotions répétées de la bouche et de l'arrière-gorge avec une solution de chlorate de potasse ou un liquide alcoolisé, et l'usage de poudres dentifrices, surtout quand il y a un peu d'ébranlement des dents. Si les gencives sont molles, saignantes, si les dents sont déchaussées, cariées, si le rebord des gencives est boursoufflé, il faut se servir de liquides astringents et désinfectants. Si les gencives sont décollées, très enflammées, on emploie des astringents plus énergiques, additionnés d'opium. Outre cela, Sigmund ordonne des toniques à l'intérieur ; l'expérience lui a appris que le chlorate de potasse est dépourvu de toute influence prophylactique dans le traitement de la salivation mercurielle. Il est essentiel, également, de placer les malades dans de bonnes conditions d'hygiène et d'aération.

## III.

La teinture de tayuya a encore été expérimentée par quelques syphiligraphes. Zeissl ne se prononce pas sur l'action de ce médicament mais déclare, qu'en tous cas, il n'est pas nuisible.

Geber (*Ueber die Wirkung der Tayuya bei venerischen geschwuren und ven verschiedenen formen der syphilis. Vierteljahresschrift für Derm. u Syph.* 1879), a cherché à déterminer la valeur réelle de ce médicament qui avait été prôné avec tant de fracas. Les recherches de cet auteur ne sont guère favorables au nouveau remède. Il a employé la teinture de tayuya chez 47 malades ; le médicament a été administré à l'intérieur 40 fois, et 7 fois à l'extérieur ou en injections sous-cutanées. Les résultats obtenus ont été à peu près nuls. Seules, quelques syphilides cutanées (maculeuses, papuleuses) semblèrent céder à l'ac-

tion du médicament (?). En tout cas, il ne saurait être mis en parallèle avec le mercure ou l'iodure de potassium.

Un médicament nouveau, l'acide chrysophanique, a été préconisé pour combattre quelques accidents locaux de la syphilis.

Reumont (*chrysophansaüre bei Behandlung von Syphiliden. Berl. Klin. Woch.*, 1879), a employé l'acide chrysophanique chez les malades atteints de psoriasis plantaire et palmaire. Même dans les cas très invétérés, le résultat fut très rapide, et l'on sait combien l'action du traitement spécifique est souvent lente dans ce cas. Le médicament était employé à la dose de 1 à 2 grammes, incorporés dans de la vaseline ; des frictions étaient faites tous les soirs, sur les parties malades, à l'aide de cette pommade. Dans les formes légères, les accidents disparaissaient au bout de 6 à 8 jours ; dans les formes graves, du 15ᵉ au 20ᵉ jour. Les frictions ne sont pas douloureuses. Il est évident qu'on ne doit pas négliger le traitement spécifique général.

L'auteur prétend aussi avoir obtenu de très beaux résultats de l'emploi de l'acide chrysophanique dans le traitement du sycosis.

Sigmund (*Wiener med. Wochenschrift*, 1879, *n*° 41), s'est également occupé du traitement du « psoriasis » palmaire et plantaire. Il conseille, dans les formes légères et récentes, de badigeonner le matin les parties malades à l'aide d'un collodion au sublimé :

| | | |
|---|---|---|
| Sublimé.................................. | 1 | gramme. |
| Huile de lin récente........................ | 1 | — |
| Collodion.................................. | 15 à 25 | — |

Le soir, on frictionne les parties avec une pommade au précipité blanc et l'on applique, pour la nuit, des gants ou des chaussons, suivant le siège du mal.

Les formes graves et tardives (crevasses, infiltrations et inflammations du tissu cellulaire, etc.), ne doivent pas être traitées directement dès le début. On fera d'abord prendre des bains avec de l'acide phénique, dans la proportion de 2 à 5 0/0, ou du chlorure de calcium (5 0/0), ou du chlorure de sodium 5 0/0 ; ces bains seront répétés trois fois par jour ; puis on fera des frictions avec une pommade à l'acétate de plomb (1/20) ou à l'oxyde de zinc (1/10) ou au sulfate de zinc (1/25) ; ces pommades auront pour effet d'adoucir la peau, de diminuer les douleurs, de faire disparaître les crevasses et les abcès. On pourra également appliquer sur les fissures des bandes d'emplâtre gris (Empl. sapon. et empl. mercur. de chaque parties égales).

Quant au « psoriasis » corné, Sigmund recommande de le traiter par des frictions d'onguent mercuriel, faites le soir pendant 5 à 10 mi-

nutes ; on applique ensuite des gants ou un chausson pour la nuit ; le matin on étend sur la partie malade une couche de collodion, et quand ce dernier est sec on recouvre exactement le tout avec l'emplâtre gris. Sigmund prétend qu'il ne faut établir de traitement général que dans les cas où il existe simultanément d'autres accidents spécifiques.

L'auteur emploie la solution de sublimé dans l'éther sulfurique pour combattre le psoriasis buccal ; il recommande de laver soigneusement la cavité buccale pour éviter la salivation. Dr PAUL SPILLMANN.

---

R. DE LUCA. *Sul lichen sifilitico* (*Sur le lichen syphilitique*) travail fait dans le laboratoire d'anatomie pathologique de Catane dirigé par le professeur G. TIZZONI. (*Lo sperimentale* 1880, page 113.)

C'est le professeur Bizzozero, si je ne me trompe, qui démontra le premier en 1873 la présence de produits tuberculeux dans les vieux ulcères syphilitiques. Quelle qu'en dût être l'interprétation, la découverte ne devait pas rester infructueuse. Confirmée la même année par Köster, elle était bientôt l'occasion de deux séries de recherches importantes faites à Turin dans le laboratoire du professeur par L. Griffini (1) et Colomiatti (2).

Le premier faisait voir la fréquence des nodules considérés histologiquement comme tuberculeux dans les lésions secondaires papuleuses et il ajoutait « en considérant ces résultats, en considérant les autres formes de dermatoses syphilitiques, spécialement le lupus, qui souvent a de grandes ressemblances avec le lupus scrofuleux, l'acné, l'ecthyma syphilitique, et en général toutes les formes intermédiaires et tardives qui donnent lieu à des ulcérations suivies de cicatrices déprimées, on doit soupçonner que les rapports de la syphilis et du tubercule sont fréquents et intimes ; car dans les quelques cas observés c'est le néoplasme tuberculeux qui caractérisait véritablement la lésion cutanée. »

Etendant ces données aux altérations viscérales, Colomiatti montrait à son tour le même processus se développant dans le tissu pulmonaire, et en venait à se demander si la syphilis et la tuberculose n'étaient pas, au moins quant à leurs manifestations morphologiques, deux maladies

(1) Sulla tubercolosi della pelle e delle piaghe (*Giornale italiano delle malattie della pelle*, 1874, p. 321).

(2) Contribuzione alla istologia patologica della sifilide costituzionale ed allo studio della genesi delle cellule giganti (*Giorn. ital. delle mal. v. e. d. p.*, 1875, p. 334).

identiques. Par tubercule, les consciencieux investigateurs faisaient bien remarquer qu'ils ne prétendaient désigner que le néoplasme considéré comme tel, à l'époque où ils écrivaient, par les micrographes, soit le tissu formé de cellules géantes entourées d'éléments épithélioïdes.

En gens avisés, ils retenaient le fait que leur autorité rendait indiscutable et faisaient bon marché des conséquences théoriques; c'était sauvegarder leur découverte contre les hasards de déductions prématurées, liées quoi qu'il en fût, au sort de la fameuse cellule géante.

Aujourd'hui que la lumière est à peu près faite sur cet élément, et que les anatomo-pathologistes reviennent de leurs illusions à l'égard de son rôle dans les néoplasmes, la question semblait mûre pour une interprétation plus réfléchie ; c'est de Catane qu'elle nous est venue grâce aux recherches de R. de Luca *sur le lichen syphilitique.*

Avant d'en faire l'exposé, je me permettrai de critiquer le titre de ce mémoire ; pourquoi employer un mot aussi vague, aussi peu défini que celui de lichen syphilitique. L'auteur y rattache-t-il l'idée d'un caractère spécial à une forme particulière de papules ? Je me reporte à ses observations. Dans la première il s'agit d'une prostituée récemment infectée, on assiste dans le service à l'apparition d'une éruption de papules grosses comme une lentille : lichen syphilitique.

La malade n° 2 est dans le même cas. Il en est de même pour les nos 3, 5, 6 et 9.

Mais les observations 4 et 7 sont des exemples de papules miliaires : lichen syphilitique; et le cas 8 a rapport à un étudiant en médecine couvert de papulo-vésicules, encore dénommées sous le vocable de lichen syphilitique. C'est là, croyons-nous, un abus de langage; en tous cas, c'est une innovation peu justifiée. Cazenave, dans son traité classique des *Syphilides*, écrit que le lichen se manifeste par des *papules très petites*, souvent innombrables et Gamberini réserve également cette dénomination pour la *forme papuleuse miliaire* ; il n'y a donc aucune raison pour l'appliquer aux éléments lenticulaires ou plus volumineux encore. Si j'insiste sur cette question un peu secondaire de nomenclature, c'est que de pareilles inexactitudes, que l'on pourrait d'ailleurs relever dans plus d'un auteur, peuvent entraîner à de graves confusions, et qu'en somme, dans l'espèce, nous ne voyons guère quel reproche peut être fait au mot générique et très précis de papule syphilitique.

Les examens de De Luca ont été pratiqués dans 9 cas sur de petits lambeaux de peau enlevés d'un coup de ciseaux plats, et durcis dans le liquide de Muller, l'alcool, puis la gomme. Voici maintenant les résultats de cet examen.

Les lésions qu'offre l'épiderme sont toutes secondaires, aussi ne se voient-elles que dans les cas où la papule est un peu superficielle; il faut en effet que la couche malpighienne soit effleurée par le néoplasme pour qu'on la trouve envahie par les *cellules migratiles*. Dans les mêmes cas, on pourra constater les *prolongements et les ramifications des cellules profondes du corps muqueux* et leur intime mélange avec les éléments stellaires du chorion. Outre une *pigmentation exagérée* de ces cellules, on constate comme altération presque constante un *œdème périnucléaire* avec formations d'espaces clairs autour des noyaux, et un *œdème péricellulaire* caractérisé par la dilatation uniforme ou irrégulière des espaces ciliaires, dans lesquels s'accumulent des cellules migratiles allongées et déformées. Cette altération des espaces ciliaires, arrive parfois à produire *la destruction plus ou moins complète du protoplasme des cellules épithéliales*, en formant des figures étoilées, constituées par un noyau central atrophié, déformé et par des restes du protoplasme. Quelquefois l'*étage corné est soulevé* et laisse à sa face profonde une petite cavité pleine de détritus cellulaires. Enfin le noyau des cellules du corps muqueux est gros, mais sans offrir aucune trace de prolifération ; toutes ces altérations sont constantes.

Les lésions du derme sont variables, mais s'accompagnent toujours, dans tous les cas, de dilatations vasculaires et de thromboses lymphatiques. Les vaisseaux gorgés de globules, ou vides reconnaissables à leur endothélium altéré et gonflé, sont vraiment le centre de la néoformation; c'est dans leur atmosphère que les premières cellules connectives s'altèrent et que paraissent tout d'abord les éléments migratiles. Les thromboses lymphatiques siègent surtout à la périphérie des nodules et se reconnaissent à un amas de substance finement granulée entourée de cellules endothéliales gonflées ou d'espaces vides, places de ces dernières avant leur chute. Mettant à part ces altérations communes, on doit distinguer dans le derme siège d'une papule, trois formes morbides qu'il convient de décrire à part :

1° Dans une première série de cas, on a des *nodules à structure réticulée, sans éléments tuberculeux, sans dégénération*. Le nodule est rond, son centre est ordinairement occupé par un vaisseau ; son enveloppe formée par du connectif épaissi. Il est constitué par des cellules fortement nucléées, reliées entre elles par des prolongements en forme de réseau. Les mailles de ce reticulum contiennent une plus ou moins grande quantité de globules blancs et de cellules migratiles du connectif.

2° *Une seconde forme d'altération est caractérisée par la présence de nodules presque entièrement formés de globules blancs*. Même dispo-

sition que pour les précédents avec le vaisseau central ; parfois le nodule est très volumineux et s'étend au tissu sous-cutané englobant les glandes et les conduits sudoripares qu'il étouffe ; noyaux très apparents dans les tuniques vasculaires ; éléments nombreux autour de l'adventice. Le plus souvent quand le lichen vient à guérir, il se fait une artérite oblitérante, la nutrition s'affaiblit, les granulations graisseuses envahissent le territoire vasculaire, et le tissu désagrégé prend l'apparence histologique de la substance caséeuse. Finalement ces petits amas disparaissent par résorption sans qu'il en reste d'autre trace qu'un connectif épaissi.

3° *Enfin la troisième catégorie de lésion que l'on peut rencontrer dans la papule syphilitique est déterminée par la concomitance des éléments décrits ci-dessus et de la cellule géante.* Le derme offre à sa partie profonde un épaississement de ses faisseaux conjonctifs ; à la surface, c'est l'infiltration des globules blancs qui domine étalée autour des vaisseaux. Les cellules géantes se trouvent notamment à la périphérie du nodule, quelquefois en plein tissu sain ; elles contiennent au milieu d'un protoplasme granuleux, beaucoup de noyaux allongés, irréguliers ; et dérivent de cellules rondes dont les noyaux volumineux se sont divisés et multipliés. La disposition irrégulière de leurs noyaux, jointe à leur siège à la périphérie en contact avec la partie la plus jeune du tissu néoplasié, les distingue nettement des éléments de même apparence que l'on rencontre dans le tubercule. En somme, ce n'est là qu'une forme d'hypertrophie des éléments conjonctifs consécutive au travail de prolifération et de néoformation entretenu dans le derme. « Ces cas ont donc une signification différente de ceux décrits par Griffini dans lesquels la forme anatomique du vrai tubercule constitue non pas la principale altération anatomique du lichen syphilitique, mais une simple accidentalité, ou une succession morbide, facile du reste à expliquer quand il s'agit d'un connectif jeune néoformé, et que durant l'évolution naturelle de la maladie, il se produit de la substance caséeuse. »

Les conclusions de ces recherches que de belles planches histologiques rendent d'une lecture très facile, viennent en somme à l'encontre des résultats de Griffini. L'auteur ne nie pas la présence possible par simple accidentalité morbide (?) du tubercule dans les produits de la papule, mais il ne l'a pas observée ; il n'a rencontré que des apparences de tubercules, dont il donne avec beaucoup de sagacité une interprétation fort acceptable. Virchow et Lancereaux avaient d'ailleurs déjà insisté sur le processus de dystrophie locale qui amène la résorption du syphilome, et que De Luca a parfaitement caractérisé par son appellation de dégénérescence caséeuse ou granulo-graisseuse.

D'autre part nous savions bien, surtout depuis les travaux de Cornil que les vaisseaux avaient une part importante dans la néoplasie spécifique, mais nous possédons dès maintenant les détails les plus intéressants sur le rôle de l'artérité oblitérante, et si nous pouvons dire que la *papule syphilitique est une néofomation inflammatoire, commune sans caractères spécifiques, ayant son point de départ dans l'altération des parois vasculaires*, c'est à De Luca que nous le devons.

L. JULLIEN.

## MALADIES VÉNÉRIENNES.

ROBERTO CAMPANA. *Ulcero fagedeno-cangrenoso (Chancre phagédénique gangréneux)*. Giornale italiano delle malattie veneree, 1880, p. 91.

L'observation très complète que publie sous ce titre le professeur Campana de Gênes, est intéressante à plusieurs titres. Il s'agit d'un robuste maçon, âgé de 24 ans, qui entra dans la clinique de Gênes pour un chancre simple du gland, ayant déterminé un phimosis inflammatoire avec gangrène du prépuce. De tels faits ne sont pas rares; qu'un ouvrier ayant contracté une ulcération molle, sous-préputiale, néglige les soins de propreté commandés par le siège de la lésion et continue à se livrer aux travaux fatigants de sa profession, le gland ne tardera pas à se tuméfier et à rendre le prépuce chaud, enflammé, d'un rouge phlegmoneux, sur lequel on verra poindre bientôt la tache bleuâtre ou noire, indice du sphacèle ; mais l'incident terminé, je veux dire la cause de l'étranglement ayant disparu, soit par suite d'un débridement, soit par l'élimination spontanée d'une partie du prépuce, chacun sait avec quelle rapidité se réparent les pertes de substance mises à nu ; la virulence du sécrétum a disparu, et la cicatrisation ne diffère guère alors de celle d'une plaie simple.

Or, dans le cas dont il s'agit, les choses ne se passèrent pas ainsi. M. Campana fit une longue incision longitudinale, et mit à découvert trois chancres dont le processus ulcératif, loin d'être enrayé, parut subir une recrudescence nouvelle.

Quelle pouvait être la cause de ce phagédénisme?

M. Campana la trouve dans un état fébrile particulier intercurrent, que d'emblée il rattache à une fébricule infectieuse, surtout en considé-

ration d'une tuméfaction splénique considérable. Un tel diagnostic me semble d'autant plus important, que bien des fois on a dû commettre une confusion, et, rattachant la fièvre à l'état local, se heurter à d'inexplicables problèmes d'étiologie.

Ceci posé, rien n'est intéressant comme de suivre la marche parallèle des deux états pathologiques, l'un local, l'autre général. En vain le professeur fait-il pratiquer les pansements les plus attentifs suivant la méthode de Lister, les ulcères se creusent et l'escharre gagne en étendue tant que persiste la pyrexie; les douleurs sont atroces, l'infiltration se propage en dépit de la glace, du chlorure de zinc; déjà la couronne du gland, transformée en une masse mollasse bleuâtre, s'élimine par lambeaux fétides, le fourreau est détruit et l'urètre perforé dans l'espace de 2 centimètres, malgré les pansements que l'on renouvelle toutes les deux heures, malgré le tartrate ferrico-potassique. Mais, vienne un abaissement sérieux de la température, que la fébricule atteigne enfin la défervescence, et le mieux local se prononce immédiatement, ainsi qu'on en peut juger par le tableau suivant :

| JOUR de la MALADIE. | TEMPÉRATURE | | POULS | | ÉTAT LOCAL. |
|---|---|---|---|---|---|
| | matin. | soir. | matin. | soir. | |
| 6 | » | 39. | » | 100 | Phagédénisme |
| 7 | 38.4 | 38.8 | 101 | 103 | » |
| 8 | 39.2 | 40.2 | 101 | 102 | » |
| 9 | 39.9 | 40.7 | 99 | 103 | » |
| 10 | 39.3 | 40.6 | 100 | 104 | » |
| 11 | 39.8 | 39.6 | 104 | 100 | » |
| 12 | 39.8 | 39.1 | 100 | 100 | » |
| 13 | 39.1 | 38.8 | 98 | 80 | » |
| 14 | 38.1 | 39.2 | 79 | 87 | » |
| 15 | 37.7 | 37.9 | 78 | 76 | » |
| 16 | apyrexie. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | amélioration légère |
| 17 | » . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | » » |
| 18 | » . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | amélioration définitive. |

On remarquera que l'amélioration ne s'est produite que postérieurement à la défervescence; ce seul fait justifie le diagnostic du professeur et montre bien que ce n'était pas la fièvre qui dépendait de l'ucération.

Nous relèverons un autre point intéressant dans ce travail; il est re-

latif à l'examen histologique des lambeaux de tissus excisés au voisinage de l'ulcère. A un faible grossissement, on reconnaît une stase considérable dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques du derme et du tissu sous-cutané, en même temps qu'une dilatation des lacunes lymphatiques qui regorgent de globules purulents. Le stroma conjonctif dermique et sous-cutané est infiltré de cellules lymphoïdes isolées ou agminées. Quant aux veines, aux artères, l'adventice est le siège d'un épaississement avec infiltration lymphoïde considérable et leur lumière est pleine de leucocytes jetés au milieu d'une substance fibrineuse. En somme, thrombose et phlébite ; il n'en faut pas davantage pour expliquer, soit la mortification par lambeaux, soit la nécrose moléculaire.

Voici maintenant comment M. Campana explique l'influence de la pyrexie sur la lésion ulcéreuse. Il est probable, dit-il, qu'un des effets de l'affection infectieuse est de déterminer dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques une modification qui prédispose à la stase et à la nécrose. Survienne alors l'agent chancreux, beaucoup d'éléments qui n'auraient souffert que d'une hypernutrition transitoire subiront la nécrose par suite de la stase. Les travaux de Konheim relatifs à l'influence exercée par la phlogose sur les parois vasculaires, rendent cette interprétation parfaitement vraisemblable. Le serpiginisme dépend donc surtout de la phlébite et de l'artérite et non de l'autoinoculabilité du secrétum ; d'ailleurs, s'il en était autrement, comment expliquerait-on l'amélioration partielle de ces ulcères ?

Ces données éclairent singulièrement la thérapeutique. En effet, on ne voit pas bien ce que l'on peut demander aux caustiques si employés pourtant aujourd'hui pour combattre cette altération des vaisseaux ? Aussi M. Campana propose-t-il l'emploi de la glace et de la cure antiseptique. Nous nous permettrons de lui signaler les heureux effets que l'on a obtenus souvent par l'électricité, moyen parfaitement approprié au processus intime qu'il s'agit de combattre.

En terminant, je rappellerai une particularité intéressante qu'il eût été désirable de voir discuter par un clinicien aussi sagace que M. Campana, je veux parler de l'abaissement de température constaté au niveau et au voisinage des ulcérations phagédéniques, par Benoit (de Montpellier). Ce professeur, on se le rappelle, avait conclu de cette constatation à la possibilité d'enrayer le processus ulcératif en élevant la température des parties malades ou menacées. Il se servait, pour arriver à ce but, de sachets emplis de sable chaud ; Simmons, de son côté, ayant eu recours aux bains chauds, en a beaucoup vanté l'emploi ; si nous mentionnons ces faits, c'est parce qu'ils nous semblent venir directement à l'appui des observations si fécondes contenues dans le mémoire du professeur italien.

LOUIS JULLIEN.

## BIBLIOGRAPHIE.

---

**Des lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux, par le Dr Arnozan.** (*Thèse d'agrégation,* 1880.)

L'étude des lésions trophiques dans les maladies du système nerveux s'est enrichie, dans ces dernières années, de matériaux tellement nombreux qu'il était réellement difficile, dans les limites de temps fixées par les règles du concours, d'en faire l'exposition complète et coordonnée. M. Arnozan a accompli cette tâche avec un rare talent, et nous ne sommes que l'interprète de l'opinion générale en disant que son travail se fait remarquer par les qualités maîtresses du clinicien et de l'écrivain, la clarté, la concision et la sage critique.

Le plan adopté par l'auteur est le suivant : plutôt que de prendre comme point de départ l'action normale du système nerveux sur la nutrition et de décrire les lésions trophiques comme la conséquence logique du trouble apporté aux fonctions de ce système, M. Arnozan a choisi l'ordre inverse. « Actuellement, le plan que nous indiquions nous mènerait à l'étude des actions trophiques que nous connaissons mal, à celle des lésions trophiques que nous connaissons mieux. Il est donc logique de suivre une marche inverse. »

Un chapitre important de cette thèse intéresse spécialement les dermatologistes, c'est celui des *lésions trophiques de l'appareil tégumentaire.* La théorie nerveuse semble se substituer aujourd'hui, au moins pour un certain nombre de faits, aux théories diverses qui se sont succédées en médecine pour expliquer l'origine des dermatoses; il est donc nécessaire de savoir quelles sont jusqu'à présent les notions acquises sur ce sujet.

L'auteur passe d'abord en revue, dans un exposé complet, les lésions trophiques vraies du système tégumentaire, c'est-à-dire les éruptions, les ulcérations, les altérations diverses manifestement liées par leur localisation et les circonstances de leur développement, à des lésions du système nerveux central ou périphérique. Ces altérations peuvent siéger dans le tissu conjonctif sous-cutané, dans la peau elle-même, dans l'épiderme et ses annexes.

Les lésions trophiques du tissu conjonctif sous-cutané sont des

œdèmes, des pseudo-phlegmons et des phlegmons. Les lésions de la peau elle-même se prêtent mal à une classification. L'auteur les divise en lésions congestives et inflammatoires (erythèmes, affections vésiculeuses et bulleuses), lésions destructives et gangréneuses (ulcères, eschares). De ces altérations, la plus fréquente et la plus typique est le zona, dont on trouvera dans le travail de M. Arnozan une description très complète. Le mal perforant et les eschares liées aux maladies du système nerveux sont des lésions trophiques intéressantes et importantes dont l'auteur fait également l'histoire et la critique. Enfin, pour compléter l'étude des lésions trophiques du système tégumentaire, il passe en revue les lésions trophiques de l'épiderme et de ses annexes : anomalies de desquamation, de pigmentation, maladie bronzée ; altérations du système pileux et des ongles.

Comme conclusion de ce chapitre, M. Arnozan étudie les *rapports du système nerveux et des dermatoses en général.* L'origine nerveuse de ces affections s'appuie bien plus, jusqu'à nouvel ordre, sur des troubles de la sensibilité, sur la disposition topographique de certaines éruptions, sur quelques circonstances étiologiques que sur la constatation des lésions anatomiques du système nerveux.

L'étude des lésions du système nerveux dans les dermatoses est à peine commencée. Les faits de M. Dejerine, qui a signalé la dégénérescence des branches nerveuses cutanées au niveau des bulles de pemphigus ; de M. Leloir, qui l'a observée autour des pustules d'ecthyma et dans le vitiligo ; de Colomiatti, qui l'a constatée dans l'eczéma, ne prouvent pas que la lésion cutanée soit consécutive à la lésion nerveuse ; celle-ci pourrait être secondaire. Comme lésions nerveuses centrales, on ne connaît que le cas de M. Marcacci, qui, chez un malade mort de pleuro-pneumonie dans le cours d'un eczéma généralisé, a rencontré des lésions inflammatoires du ganglion cervical supérieur et du ganglion cœliaque, tout à fait semblables à celles que présentent les ganglions spinaux dans certains cas de zona.

L'influence du système nerveux sur le développement des dermatoses, en attendant des démonstrations anatomico-pathologiques plus décisives, ne peut être méconnue. Les troubles de la sensibilité qui, d'après M. Rendu, appartiendraient en propre aux éruptions diathésiques et ne se retrouveraient pas dans les éruptions professionnelles et artificielles, l'apparition de lichen, de prurigo et d'autres dermatoses à la suite d'émotions vives, de chagrins, de frayeurs, enfin la symétrie remarquable de certaines éruptions, et leur topographie en rapport avec la distribution des rameaux nerveux sont autant d'arguments que peuvent invoquer les partisans de l'origine nerveuse des dermatoses.

Il est difficile de dire encore quelle est la part qui revient au système nerveux, et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici la conclusion de M. Arnozan : « Susceptibles de naître sous diverses influences, les mêmes affections génériques reconnaîtraient pour cause tantôt l'influence du système nerveux, tantôt une influence étrangère à ce système. Dans quels cas se montre cette action nerveuse, à quels signes peut-on la reconnaître, et quelles modifications imprime-t-elle à la marche générale des lésions, ce sont là autant de points que l'on ne saurait déterminer. » P. MERKLEN.

---

## RÉCLAMATION

de M. le professeur H. Auspitz,

au sujet du mémoire de M. J. Chadzynski, *Sur la valeur de l'excision de la sclérose syphilitique initiale*, publié dans le numéro des *Annales de Dermatologie*, p. 461, 1880.

Nous avons reçu du professeur H. Auspitz une lettre, pleine de cordialité, dans laquelle notre éminent confrère formule quelques réclamations relatives au travail de M. le Dr J. Chadzynski, indiqué ci-dessus ; nous gardons pour nous les paroles aimables et sympathiques de notre correspondant, et nous insérons ses réclamations. Il n'est pas nécessaire d'ajouter que nous avons transmis à M. le Dr J. Chadzynski les passages essentiels de la lettre du professeur H. Auspitz, et que nous insérerons sa réponse aussitôt qu'elle nous sera parvenue.

### *Extrait de la lettre du professeur Auspitz.*

« Je n'ai naturellement pas à juger la valeur plus ou moins grande du mémoire de M. Chadzynski en tant qu'il s'agit de considérations purement scientifiques. Mais ici il y a autre chose. Ce travail aboutit en réalité à des résultats scientifiques qui militent en faveur de l'excision et des opinions que j'ai émises à ce sujet, quoiqu'ils contiennent certains faits dont je ne saurais prendre la responsabilité.

« Mais ce contre quoi je dois m'élever c'est la manière superficielle avec laquelle l'auteur a traité la bibliographie d'un sujet auquel il a consacré beaucoup de temps.

« S'il existait une traduction française de mon mémoire sur l'excision de la sclérose initiale (1877) et sur le travail qui l'accompagne que Unna et moi avons fait en collaboration sur l'anatomie de la sclérose, je n'au-

rais pas mis votre obligeanee à eontribution, et je ne le fais actuellement que paree que je ne eonnais pas d'autre voie pour prémunir les médeeins français contre des interprétations que je considére comme inexactes.

« Ne pouvant entrer iei dans tous les détails, je ferai seulement ressortir quelques points :

« M. Chadzynski parle d'une publication de Sigmund (eitée par moi), comme si cet auteur avait pratiqué 39 fois l'excision de la sclérose initiale et 35 fois avee succès. Dans les faits cités par Sigmund il s'agit, non de sclérose syphilitique initiale, mais simplement d'érosions légères qui s'étaient peut-être trouvées en contact avec la matière syphilitique, et que cet auteur avait eautérisées immédiatement, ou très peu de temps après leur apparition. De plus, les ehiffres ne sont pas reproduits exactement.

« M. Chadzynski indique ensuite, dans un tableau, les exeisions qu'il a faites et les résultats obtenus, et il arrive à eette eonclusion non justifiée que sur 141 excisions « à lui eonnues » 77 avaient été suivies de suceès. De eette manière il atteint heureusement la proportion que j'ai indiquée 14 sur 28, aux dépens de la vérité.

Je n'insisterai pas sur l'habileté avec laquelle il s'exprime au sujet de la priorité de mes travaux, attribuant à mon ami Unna des passages de mon mémoire sur l'excision, attribuant également à Unna seul notre travail eommun sur l'anatomie de la sclérose et plusieurs parties à ce même médecin et à mon très honoré collègue, le professeur Cornil (dont les leçons sur la syphilis ont paru en 1879), ou enfin les mettant sur le eompte de ee dernier auteur, etc.

« Je crois que M. Chadzynski n'a pas lu dans l'original mon travail, celui du moins que Unna et moi avons fait ensemble, et je suppose qu'un extrait en polonais a servi de base à son mémoire.

« Mais je ne lui reconnais pas le droit d'agir ainsi vis à vis d'un public qui, comme le publie français, est appelé à porter un jugement impartial et compétent sur une question seientifique et thérapeutique de cette importanee.

« Veuillez agréer, ete.

« Professeur H. Auspitz. »

## RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

---

DES ABCÈS DE LA GLANDE VULVO-VAGINALE, par M. le professeur TRÉLAT. (*Journal des connaissances médicales*, n° 12, 1880.)

LEÇONS SUR LES SYPHILIDES DES MUQUEUSES. Syphilides buccales, gutturales et génitales, faites par M. le professeur FOURNIER à l'hôpital Saint-Louis. (*Gazette des hôpitaux*, nos 73 et suivants, 1880.)

DU CHANCRE DES RÉGIONS INSOLITES DU CORPS HUMAIN, par KLINK. (Revue des journaux polonais, *Gazette médicale de Paris*, n° 26, 1880.)

INFLAMMATIONS DE LA GLANDE VULVO-VAGINALE, par M. MARTINEAU. (*France médicale*, n° 58, 1880.)

DE LA VULVITE, par M. MARTINEAU. Leçons recueillies par BINET, interne des hôpitaux. (*France médicale*, nos 37, 38 et 40.)

DE LA SYPHILIS VACCINALE. Revue critique, par M. le Dr LANDOWSKI. (*Journal de thérapeutique*, n° 16, 1880.)

DU CHANCRE INFECTANT. Dr LANDOWSKI. (*Journal de thérapeutique*, n° 12, 1880.)

UN CAS DE SYPHILIS CÉRÉBRALE, AVEC DÉTAILS ANATOMO-PATHOLOGIQUES. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, par M. le professeur FOURNIER. (*Union médicale*, nos 85 et 86, 1880.)

COÏNCIDENCES PATHOLOGIQUES DU CHANCRE INFECTANT, par M. MAURIAC. (*Gazette des Hôpitaux*, nos 57, 61, 64, 1880.)

DE LA RECHERCHE DU MERCURE DANS LES URINES, par M. A. TIMBAL-LAGRAVE. (*Gazette médico-chirurgicale de Toulouse*, n° 19, 1880.)

TRAITÉ PRATIQUE DES AFFECTIONS CUTANÉES OU MALADIES DE LA PEAU, basé sur un nouveau traitement, par le Dr CHARLES BRAME, professeur à l'Ecole de médecine de Tours. Paris, 1880, grand in-8° de 128 pages et une planche coloriée. Prix : 4 francs.

SYSTEM DER HAUTKRANKHEITEN, von professor HEINRICH AUSPITZ, Wien, 1880, chez W. Braumüller.

LES PARASITES ET LES MALADIES PARASITAIRES, chez l'homme et les animaux domestiques, par P. MÉGNIN, 1 vol. avec 63 figures dans le texte et un atlas de 26 planches dessinées par l'auteur. Paris, 1880, chez G. Masson.

ÉTUDES MÉDICALES SUR BARÈGES, par le Dr ARMIEUX. Paris, 1880, chez G. Masson.

LA SYPHILIS, SON HISTOIRE ET SON TRAITEMENT (méthode anglaise), par le Dr JAMES TARTENSON. Paris, 1880, chez J.-B. Baillière. Prix : 3 francs.

L'AFASIA PER SIFILIDE, osservazioni e studi del dott. FILIPDO CERASI. Rome, 1880.

LE GÉRANT : MASSON.

Paris. — Société d'imprimerie PAUL DUPONT. (Cl.) 53.10.80.

# TABLE

## DES MATIÈRES DU TOME PREMIER.

## 1880

---

### A

## B



## C

D



E

# F

## G



## H



## I

## M



## N

## O



## P

## R



## S

## T

U



V



X



Z



Société d'imprimerie PAUL DUPONT, Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) 127.4.81.